

# **Que faire de la maladie ?**

## **Entre dépérissement et sublimation, complexité et ambivalence du sujet**

Mémoire présenté par Sidonie Richard  
pour l'obtention du master 2 de philosophie  
Spécialité « Éthique de la Décision et Gestion des Risques relatifs au Vivant »  
Sous la direction du Pr. Paul-Antoine Miquel

Toulouse, septembre, 2017

## Table des matières

|                                                                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Lexique.....                                                                                                                        | 4   |
| Préambule.....                                                                                                                      | 6   |
| Introduction.....                                                                                                                   | 9   |
| - Mise en contexte et problématique.....                                                                                            | 9   |
| - Justification des thèmes de la recherche.....                                                                                     | 13  |
| - Question de la recherche.....                                                                                                     | 15  |
| - Objectifs de la recherche.....                                                                                                    | 15  |
| - Méthodologie de la recherche.....                                                                                                 | 16  |
| Situation et posture cherchantes.....                                                                                               | 17  |
| Perspectives et approches théoriques retenues.....                                                                                  | 19  |
| Plan de la recherche.....                                                                                                           | 20  |
| Chapitre 1 – « L'intuition doit chevaucher l'intelligence ».....                                                                    | 23  |
| - L'instinct.....                                                                                                                   | 24  |
| - L'intelligence.....                                                                                                               | 27  |
| - L'intuition.....                                                                                                                  | 29  |
| Chapitre 2 – La pensée médicale dominante contemporaine : analyse du discours pour décrire une épistémologie.....                   | 32  |
| - L'expression des rapports de domination : un exemple paradigmatique.....                                                          | 32  |
| - La maladie à travers les normes sociales : un paradigme parmi d'autres.....                                                       | 37  |
| - Du social au vital : l'intrication des paradigmes.....                                                                            | 38  |
| Chapitre 3 – La maladie comme construction sociale.....                                                                             | 41  |
| - L'historicité sociale des maladies chez M. Foucault.....                                                                          | 42  |
| La maladie : conséquence de l'aliénation sociale.....                                                                               | 42  |
| La maladie : ségrégation vis-à-vis d'une expérience originale.....                                                                  | 46  |
| - Le concept de « normalisation » chez M. Foucault et G. Canguilhem.....                                                            | 51  |
| La maladie : norme sociale.....                                                                                                     | 51  |
| La maladie : norme sociale et norme vitale.....                                                                                     | 56  |
| Chapitre 4 – La maladie comme ontologie vitale.....                                                                                 | 62  |
| - Les origines et les conséquences de la normativité vitale chez G. Canguilhem.....                                                 | 65  |
| La maladie : variation quantitative de l'état normal ?.....                                                                         | 67  |
| La maladie : mode de vie rétréci et valeur vitale.....                                                                              | 72  |
| - Les corollaires de l'« individuation » organique chez G. Canguilhem et P-A Miquel.....                                            | 77  |
| La maladie : entre robustesse et vulnérabilité.....                                                                                 | 77  |
| La maladie : affection de l'être humain.e.....                                                                                      | 82  |
| Chapitre 5 – La maladie comme vécu subjectif.....                                                                                   | 90  |
| - La normativité sociale chez G. Canguilhem.....                                                                                    | 94  |
| - La subjectivation vitale chez M. Foucault.....                                                                                    | 97  |
| - La maladie : retour possible au souci de soi ?.....                                                                               | 100 |
| Conclusion.....                                                                                                                     | 106 |
| - Qu'est-ce que la maladie ?.....                                                                                                   | 106 |
| - Quelle est la valeur d'usage de la notion de maladie ?.....                                                                       | 109 |
| - Quelles sont les limitations de ce travail et quel le regard rétrospectif est porté sur la méthodologie choisie ?.....            | 110 |
| - Quels sont les ouvertures que propose cette étude vis-à-vis du problème qui la sous-tend, à savoir celui du vivre ensemble ?..... | 111 |
| Bibliographie.....                                                                                                                  | 113 |

# Lexique

**Âgisme**<sup>1</sup> : Formes de discrimination, de ségrégation, de mépris fondées sur l'âge.

**Classisme**<sup>2</sup> : Formes de discrimination, de ségrégation, de mépris fondées sur l'appartenance ou la non-appartenance à une classe sociale, et spécialement pour des raisons économiques.

**Genre**<sup>3</sup> : Concept utilisé en sciences sociales pour désigner les différences non biologiques entre femmes et hommes. Alors que le sexe fait référence aux différences biologiques entre femmes et hommes, le genre réfère aux différences sociales, psychologiques, mentales, économiques, démographiques, politiques, etc. Il est aussi l'expérience intime, personnelle, profonde qu'a chaque personne de son propre genre, de son propre corps. En ce sens, il peut être considéré comme ni figé ni binaire.

**Intersectionnalité**<sup>4</sup> : Analyse et questionnement « des mécanismes d'articulation des différentes logiques de domination qui s'opèrent à partir des construits sociaux tels que le genre, l'ethnicité, la race, etc., et se renforcent mutuellement » (Bilge 2005 : 3).

**Intersexuation**<sup>5</sup> : Processus biologique complexe qui a trait aux caractéristiques sexuelles d'un individu, tel qu'il est difficile voire impossible de lui attribuer un sexe binaire (mâle/femelle) de façon catégorique, ses organes génitaux étant 'atypiques' selon les critères de définition médicaux d'un sexe binaire.

**Personne cisgenre**<sup>6</sup> : Personne en adéquation avec, ou revendiquant l'appartenance à la catégorie de genre assignée à la naissance.

**Personne trans'/transsexuel.le/transgenre/transidentitaire**<sup>7</sup> : Personne questionnant la concordance de son sexe biologique et de son genre. Le terme trans' permet d'inclure des personnes aux réalités multiples.

---

1 « Âgisme », *Wikipédia*, 7 juillet 2017, <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%82gisme&oldid=138772436>.

2 « Classisme », *Wikipédia*, 11 mai 2017, <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Classisme&oldid=137252651>.

3 « Genre (sciences sociales) », *Wikipédia*, 25 août 2016, [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Genre\\_\(sciences\\_sociales\)&oldid=128966989](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Genre_(sciences_sociales)&oldid=128966989); Commissaire aux droits de l'homme (Nom), « Droits de l'homme et identité de genre », 2009, <http://www.transidentite.fr/fichiers/ressources/droitdelhomme.pdf>.

4 Line CHAMBERLAND et Christelle LEBRETON, « Réflexions autour de la notion d'homophobie : succès politique, malaises conceptuels et application empirique », *Nouvelles Questions Féministes* Vol. 31, n° 1 (1 avril 2012): 27-43.

5 « Genres Pluriels - Définition des Intersexes », *Genres Pluriels - Visibilité des personnes aux genres fluides, trans' et intersexes*, consulté le 27 avril 2017, <https://www.genrespluriels.be/Definition-des-Intersexes?lang=fr>.

6 « SOS Homophobie : Définitions », Text, *SOS homophobie*, (8 février 2010), <https://www.sos-homophobie.org/definitions-homophobie-lesbophobie-gayphobie-biphobie-transphobie>.

7 Association Chrysalide, « L'accueil médical des personnes transidentitaires », consulté le 6 septembre 2016, <http://chrysalidelyon.free.fr/fichiers/doc/Chrysalide-Guide5.pdf>.

**Personne intersexuée**<sup>8</sup> : Personne possédant, entre autres caractéristiques anatomiques et physiologiques, une forme d'intersexuation. La plupart des personnes intersexuées se vivent, volontairement ou non, dans un sexe majoritaire (mâle/femelle) et un genre majoritaire (homme/femme).

**Queer**<sup>9</sup> : Pensée disparate née aux États-Unis, au début des années 1990, de la confluence de quelques textes principaux : *Gender Trouble* de Judith Butler, *Epistemology of the Closet* de Eve Kosofsky Sedgwick, *Queer Theory : Lesbian and Gay Sexualities* de Teresa de Lauretis ou encore *La pensée straight* de Monique Wittig. Les partisan.e.s de cette pensée se revendiquent régulièrement d'une perspective de pensée faisant suite à celles de Michel Foucault, Jacques Derrida, Gilles Deleuze ou Felix Guattari. Les idées principales de ce courant pourraient être condensées ainsi : « critique déconstructive de tous les essentialismes, des assignations identitaires normalisantes, des binarismes réducteurs (homo/hétéro, masculin/féminin) et de l'alignement génétique rigide sexe/genre/sexualité/identité ; théorisation renouvelée des processus de subjectivation ; intérêt pour toutes les dissidences et distorsions identitaires et pour l'invention de nouvelles configurations érotiques, sexuelles, relationnelles, de filiation, de savoir, de pouvoir... ; volonté de *queeriser* les modes de pensée déterminés par un paradigme andro et hétéro-centré ; relecture soupçonneuse de l'histoire littéraire, du cinéma, de la culture populaire ».

**Sexisme**<sup>10</sup> : Attitude discriminatoire basée sur le sexe ou idéologie se fondant sur l'adhésion à des croyances discriminatoires basées sur le critère du sexe. Il s'appuie en partie sur des stéréotypes de genre, c'est-à-dire des croyances concernant les caractéristiques généralement associées aux femmes et aux hommes.

**Validisme** ou **capacitisme**<sup>11</sup> : Formes de discrimination, de préjugé ou de traitement défavorable contre les personnes vivant un handicap (paraplégie, tétraplégie, amputation mais aussi dyspraxie, schizophrénie, autisme, etc). Le système de valeurs capacitiste, fortement influencé par le domaine de la médecine, place la personne capable, sans handicap, comme la norme sociale. Les personnes non conformes à cette norme doivent, ou tenter de s'y conformer, ou se trouver en une situation inférieure, moralement et matériellement, aux personnes valides.

Dans ce système de valeurs et de pouvoir, le handicap est ainsi perçu comme une erreur, un manque, un échec, personnels ; et non pas comme une conséquence des événements de la vie ou de la diversité au sein de l'humanité. La Convention relative aux droits des personnes handicapées définit l'absence d'accommodement raisonnable en faveur de personnes non valides comme une discrimination basée sur le handicap.

---

8 « Genres Pluriels - Définition des Intersexes ».

9 Équipe de recherche Fabula, « Queer: repenser les identités », text, Robert Harvey, consulté le 30 août 2017, [https://www.fabula.org/actualites/queer-repenser-les-identites\\_6067.php](https://www.fabula.org/actualites/queer-repenser-les-identites_6067.php); Isabelle CLAIR, *Sociologie du genre*, 1ère édition, 128 (Armand Colin, s. d.), 43-44.

10 « Sexisme », *Wikipédia*, 23 août 2017, <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sexisme&oldid=140008764>.

11 « Capacitisme », *Wikipédia*, 14 août 2017, <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Capacitisme&oldid=139755585>.

# Préambule

Je fais deux propositions langagières dans ce travail.

La première concerne l'usage d'un **langage épïcène**, c'est-à-dire étymologiquement, un langage commun au genre féminin et masculin<sup>12</sup>. Il s'agit de règles d'écriture qui visent à rendre le langage neutre du point de vue du genre<sup>13</sup>. Suivant notre lecture de *L'ordre du discours* de Michel Foucault, cette proposition vise à mettre en relief une procédure d'exclusion familière en bravant l'interdit par lequel elle s'exerce. Il ne nous paraît pas inutile de remarquer que la question du genre se situe à la croisée des régions de la sexualité et de la politique, à l'endroit desquelles cet interdit sur le langage s'exerce de la façon la plus prégnante. Or, si le discours révèle les systèmes de domination, il est aussi « ce pour quoi, ce par quoi on lutte, le pouvoir dont on cherche à s'emparer »<sup>14</sup>. L'intérêt de cette forme rédactionnelle est de mettre en évidence le sexisme comme système de domination et de participer aux reconfigurations des relations de pouvoir. Il réside aussi dans la réhabilitation visible d'une partie de l'humanité (femmes, personnes trans', personnes intersexuées) comme objet du discours et participe à la déconstruction d'une vision dichotomique du genre.

La rédaction envisagée à travers ce paradigme se manifeste par : une typologie singulière (ex. auteur.e, humain.e) ; par l'usage privilégié de noms épïcènes (ex. personne, sujet) ; parfois de néologismes (ex. 'iels' pour 'ils et elles', 'cell.eux' à la place de 'celles et ceux') ; et par la réhabilitation d'une règle grammaticale qui eut cours jusqu'au XVII<sup>e</sup> siècle. Cette dernière, dite règle de l'accord de proximité, consiste à accorder un adjectif, ou un pronom relatif, se rapportant à plusieurs noms avec le nom le plus proche (et non selon la règle « Le masculin l'emporte sur le féminin »)<sup>15</sup>. Par exemple : « Iel est un individu, un.e représentant.e d'un ensemble d'individus, d'un groupe et d'une espèce *auxquelles* iel appartient ».

La deuxième proposition concerne un **langage** que je qualifierais de **perspectiviste**. Celle-ci provient d'une réflexion relative à l'usage des pronoms et à la provenance des différents savoirs. Je propose d'utiliser un pronom différent selon la posture d'énonciation

---

12 « ÉPICÈNE : Définition de ÉPICÈNE », consulté le 13 septembre 2017, <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/%C3%A9pic%C3%A8ne>.

13 « Langage non sexiste », *Wikipédia*, 18 avril 2017, [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Langage\\_non\\_sexiste&oldid=136560689](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Langage_non_sexiste&oldid=136560689).

14 Michel FOUCAULT, *L'ordre du discours*, Gallimard, 1977., pp.10-12.

15 « Langage non sexiste ».

majoritairement à l'œuvre dans la production du discours, bien que cette distinction soit pour partie artificielle. Il est fréquemment fait usage du *Nous* de modestie dans la littérature académique francophone. Cette habitude serait à rapprocher de l'influence d'Auguste Comte, concepteur de positivisme, selon lequel le savoir, même sociologique, ne peut en aucun cas procéder de l'intuition ou de la perception individuelle<sup>16</sup>.

À l'opposé, j'utilise le pronom *Je* pour l'expression de ce qui me semble provenir de la perception, des ressentis, nous dirons plus loin de l'instinct, et, ce qui semble provenir de la transformation subjective des connaissances intégrées, nous dirons plus loin de l'intuition (cf. *Chapitre 1*). Le pronom *Je* donne à voir le sujet rédigeant, comme sujet sensible et produit d'une histoire. Par le pronom *Elle*, je marque les processus de réflexivité, consistant à prendre de la distance et à analyser son propre point de vue. Le pronom *Nous* me permet de signifier les savoirs qui relèvent de l'apprentissage, de l'intelligence. Ces savoirs, issus de la porosité du sujet à l'égard du social et construits sur la base d'influences multiples, sont ainsi marqués de l'assujettissement du sujet. Cette deuxième proposition langagière est en lien avec la revendication d'une objectivité forte décrite dans la *Méthodologie de la recherche*.

Le langage épïcène est utilisé quand *Je* parle, sauf pour la règle d'accord de proximité qui est utilisée tout au long du texte car elle n'a pas grande influence sur le sens de ce qui est dit. Il ne s'agit pas de faire disparaître le contexte d'énonciation des auteur.e.s que j'ai choisi d'étudier, ni de transformer leurs propos. Cette manière d'écrire, au-delà de l'expérience philosophique qu'elle représente, est aussi une expérience littéraire puisqu'elle peut susciter l'émotion, et, qu'elle est une ouverture sur des champs de significations explicites ou implicites. Par exemple, *Je* peux dire quelque chose et *Nous* dire autre chose, ouvrant un espace littéraire sur « l'ambivalence mélancolique du sujet »<sup>17</sup>. Ou encore, je peux délibérément attribuer un mot 'masculin' à une personne de sexe féminin (cis ou trans) ou intersexuée, en référence à la construction sociale de genre masculin se rapportant à ce mot, ou inversement. Par exemple, je peux écrire qu'« une impression d'être un acteur à côté de son rôle m'a gagné dès le début de mes études de médecine et ne me quitte que rarement lorsque je « l'exerce » ». Le mot 'acteur' est délibérément genré au masculin en référence au stéréotype de genre masculin communément associé au médecin. Là encore, un espace littéraire est créé grâce à l'articulation visible des notions de sexe et de genre.

---

16 Emilie DORE, « Je ou Nous? Éternel dilemme de l'écriture académique », *Réussir sa thèse*, 14 janvier 2016, <http://reussirsathese.com/je-ou-nous-eternel-dilemme-de-lecriture-academique>.

17 Guillaume LE BLANC, *La pensée Foucault*, Ellipses, Ellipses poche (Paris, 2014).

# Introduction

## - Mise en contexte et problématique

Ce sont des malaises, des façons d'être mal-à-l'aise, des sensations de mal-être, de mâle-être, d'être mauvais et d'être faux qui impulsent ce travail. Une impression d'être un acteur à côté de son rôle m'a gagné dès le début de mes études de médecine et ne me quitte que rarement lorsque je « l'exerce ». L'être du quotidien s'efface, inhibé.e. Iel observe le combat désespéré entre un acteur qui a appris un jeu de rôle, celui du médecin en France au XXI<sup>e</sup> siècle, et le fantôme du médecin que l'Autre, en face, scrute et espère. Lorsque la re-synchronisation se produit, parfois, de ces trois avatars (l'être du quotidien, l'acteur et le fantôme), elle est à l'origine d'une émotion qui mélange soulagement, vacillement et mise-en-danger. Mon immersion et ma pratique dans l'institution médicale moderne, expériences parsemées de mâchoires serrées, de sourires forcés et effectuées sous un camouflage quasi-permanent nourrissent, ou plutôt gavent, car il s'agit bien d'une ingurgitation forcée, ma pensée.

Ceci étant dit, ma volonté n'est ni de verser dans le *pathos* ou la passion, ni de m'attarder sur un vécu individuel. Elle est plutôt de cerner ce qui, des anicroches de terrain aux scandales médiatiques, est révélateur des obstacles épistémologiques et des tensions politiques qui s'exercent au sein du modèle dominant de la pensée et de la pratique médicale contemporaine en France. Mais après Georges Canguilhem, M. Foucault ou encore François Laplantine, que reste-t-il encore à dire ?

Les 9 et 10 mars 2017, un colloque international sur la santé des personnes LGBT<sup>18</sup> s'est déroulé au ministère des affaires sociales et de la santé à Paris. Lors de l'intervention de Daniel Defert<sup>19</sup>, agrégé de philosophie, sociologue, président et co-fondateur de l'association AIDES et proche de M. Foucault, j'ai entendu son hésitation à participer aux discussions par crainte d'y voir surgir une description de pathologies spécifiques aux personnes LGBT. Par la notion de « santé »<sup>20</sup> LGBT, implicitement suggérée différente de celle des hétérosexuel.le.s

---

18 LGBT : Lesbiennes, gays, bisexuel.les et trans'

19 « Daniel Defert », *Wikipédia*, 21 janvier 2017, [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Daniel\\_Defert&oldid=133846568](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Daniel_Defert&oldid=133846568).

20 Nous notons dès à présent, par la présence de guillemets, la difficulté liée à l'usage du terme *santé*, tant du fait de son caractère polysémique que de sa référence conceptuelle.

cisgenres, il nous semble, en effet, possible de craindre une naturalisation des enjeux entourant les orientations sexuelles et de genre. Or, se situant dans la lignée des pensées constructivistes de M. Foucault et de Judith Butler, D. Defert m'a paru vouloir attirer l'attention de l'auditoire sur le fait que si la « santé » est un révélateur social des situations d'inégalité et d'injustice vécues par les « minorités », il convient de considérer les enjeux autour des sexualités et des genres, actuellement, avant tout comme l'expression de luttes de mode de vie<sup>21</sup>, conflictuels avec les idéologies politiques et religieuses. Il ne s'agit plus tout à fait, comme dans les années 80, d'un affrontement d'entités de nature psychologique mais toujours d'une confrontation politique, notamment autour du soin.

La nuance peut paraître mince mais l'enjeu est de taille. C'est le risque d'une re-pathologisation, ou *a minima* d'une re-naturalisation, des sexualités et des « identités »<sup>22</sup> de genre qui se joue à travers ces discours. Signifier que les personnes LGBT, comme bien d'autres groupes de personnes, peuvent avoir des besoins spécifiques en termes de « santé », dans un espace-temps particulier, du fait d'un lien clair entre leur expérience sociale minoritaire face aux idéologies dominantes, ne mobilise pas du tout les mêmes représentations que de considérer qu'il s'agit de sous-groupes de population qui ont des facteurs de risque et des pathologies spécifiques en lien avec leur sexualité ou leur genre.

Des intervenant.e.s issu.e.s du milieu associatif et des intervenant.e.s universitaires se sont relayé.e.s au cours de la première journée, et m'ont fait ressentir l'héritage historique des années de lutte politique de communautés LGBT pour s'imposer comme légitimes à participer aux discussions les concernant. La présence des discours issus des sciences humaines et sociales dans l'antre de l'institution médicale me semblait suggérer une approche bio-psycho-sociale de la maladie. La possibilité même d'un colloque sur le sujet de la « santé » des personnes LGBT m'aurait presque fait oublier l'existence de forces politiques hostiles à la diversité des sexualités et des identités de genre. L'accessibilité des traitements, contre le VIH par exemple, a rarement été posé en termes de problème économique, évinçant pour une fois les questions de rentabilité. Mais l'histoire des mouvements et des luttes, et notamment de personnes LGBT en France face au milieu médical dans les années 80, n'était pas explicitement au programme et le poids de l'institution s'est rapidement à nouveau fait sentir.

---

21 Paris 2018 - Gay Games 10, *La santé des personnes LGBT - Colloque au Ministère de la Santé - Jour 1*, 2017, <https://www.youtube.com/watch?v=-FMRRHbIZJE>., 8:10.

22 Le terme « identité », en référence au genre, est lui-même problématique puisqu'il sous-entend une conception figée du genre, c'est pourquoi nous préférons parler « des genres ».

La seconde journée fut pour moi celle de la désillusion. Plusieurs représentant.e.s du corps médical ont pris la parole. Certain.e.s, prestigieux.ses, avaient été invité.e.s et m'apparurent comme totalement dépassé.e.s par les sujets abordés<sup>23</sup>. D'autres se permirent de nier purement et simplement l'existence des discriminations décrites par les intervenant.e.s précédent.e.s, avec ce qui me paraît être la prétention usuelle au milieu médical et en procédant par induction à partir de leur situation personnelle. Un autre médecin encore, citant M. Foucault et G. Canguilhem, a proposé le « concept philosophique de différence » pour parler de la « santé » des personnes LGBT, sous la très bonne intention de « lutter contre l'indifférence ». Et celui-ci de préciser que la médecine en France aurait dé-pathologisé assez tôt l'homosexualité comme un bon point donné à celle-ci et une preuve de sa bienveillance, faisant fi de l'action des contre-pouvoirs en place à cette époque (années 70 à 90) et de toute mise en contexte historique des rapports entre l'institution médicale et les personnes LGBT<sup>24</sup>. Cette prise de position, qui se concluait par une recommandation d'institutionnalisation médicale de la question de la « santé » des gays et des lesbiennes, m'a mise en colère car elle me semblait relever d'une méthodologie quantitative inadaptée au sujet ou dévoyée, d'une négation de la parole d'une partie des personnes concernées, d'une extrapolation illégitime des résultats et d'une lecture problématique de M. Foucault et de G. Canguilhem. De mon point de vue, elle paraissait avoir plus à voir avec l'élaboration d'un plan de carrière qu'avec une recherche scientifique ou une pratique philosophique.

Cet avis, ainsi que l'impression d'un fossé entre les représentants du corps médical et les personnes premières concernées, provenaient sûrement du contraste avec notre propre travail de thèse de médecine portant sur *Les expériences et les attentes de personnes lesbiennes en soins primaires*<sup>25</sup>. La méthode qualitative de cette étude, que nous avons choisi, avait permis de recueillir directement les discours de personnes premières concernées et de les analyser. Les résultats montraient une variété de points de vue. Parmi ceux-ci, aucune personne ne se réclamait d'une santé spécifique nécessitant une médecine spécifique, mais plusieurs personnes, sinon toutes, réclamaient une prise en compte inclusive dans l'ensemble des relations de soin qu'elles pouvaient nécessiter. Enfin, très peu d'extrapolations ont été faites

---

23 Paris 2018 - Gay Games 10, *La santé des personnes LGBT - Colloque au Ministère de la Santé - Jour 2*, 2017, <https://www.youtube.com/watch?v=tQVEmt7xHpA>.

24 Ibid, 7:08.

25 Alice PASQUIER et Sidonie RICHARD, « Des expériences aux attentes de personnes lesbiennes en soins primaires : inégalités en santé, postures professionnelles et empowerment » (Spécialité médecine générale, Toulouse III - Paul Sabatier, 2016).

dans la discussion afin de respecter une éthique politique et une rigueur scientifique que nous nous étions imposées. Ces choix avaient été faits en conscience des relations, historiquement et actuellement, de domination entre la médecine et les personnes LGBT (pathologisation, psychiatrisation, enfermement, thérapies diverses de conversion, discrimination, stigmatisation, etc.). En tant que médecins, conscientes de notre posture, nous voulions éviter à tout prix de poursuivre dans cette voie et porter simplement, au sein de l'institution, le témoignage que ces relations de domination perdurent.

Ainsi, bien que l'exemple de l'homosexualité soit criant de significations vis-à-vis de la médecine et des rapports qu'elle entretient avec la morale, la norme et la religion, la question n'a pas été abordée de ce qu'implique son pouvoir de détermination d'un normal et d'un pathologique dits objectifs lors des discussions de ce colloque.

Ces dix dernières années, pourtant, nous avons vu disparaître l'hystérie, apparaître le trouble de déficit de l'attention ou hyperactivité (TDAH) et être redéfinis l'autisme et encore la transsexualité<sup>26</sup>, dans les référentiels de l'institution médicale. C'est que la caractérisation du normal et du pathologique évolue avec le temps et selon les espaces, et pose la difficile question de sa détermination. Avec G. Canguilhem, la maladie, l'état pathologique devient une notion subjective puisqu'elle est une autre allure de la vie gouvernée par une valeur vitale négative, un mode de vie rétréci. Mais dans ce cas, le concept de maladie a-t-il encore un sens ou au moins une valeur d'usage ? La subjectivité de la maladie lui enlève-t-elle dans le même temps toute existence en soi, toute ontologie ? Car c'est la direction que suis la radicalisation de la pensée biomédicale promettant telle une religion, la fin de la souffrance, de la maladie et même de la mort. Mais là encore, qu'est-ce que le vivant sans la mort ? Et si l'état sain consiste en la possibilité de créer de nouvelles normes, n'y a-t-il pas une **aporie** à considérer, dans une pensée post-foucaldienne, que ce sont les normes sociales qui rendent le sujet hors-normes plus vulnérable en termes de santé ? Comment penser la maladie aujourd'hui et quelle redéfinition du soin est-ce que cela implique ?

---

26 Brigitte CHAMAK, « Autisme et stigmatisation, Autism and stigmatisation, Autismo y estigmatización », *L'information psychiatrique* me 87, n° 5 (15 novembre 2012): 403-7; Arnaud ALESSANDRIN, « Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre » : ce que le DSM fait des variances de genre », *Socio-logos . Revue de l'association française de sociologie*, n° 9 (24 février 2014), <https://socio-logos.revues.org/2837>; « Hystérie », *Wikipédia*, 30 mars 2017, <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Hyst%C3%A9rie&oldid=135939873>; « Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité », *Wikipédia*, 23 juin 2017, [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Trouble\\_du\\_d%C3%A9ficit\\_de\\_l%27attention\\_avec\\_ou\\_sans\\_hyperactivit%C3%A9&oldid=138408917](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Trouble_du_d%C3%A9ficit_de_l%27attention_avec_ou_sans_hyperactivit%C3%A9&oldid=138408917).

## - Justification des thèmes de la recherche

La radicalisation de la biomédecine, décrite par l'anthropologue français F. Laplantine en 1993, me paraît s'être poursuivie jusqu'aux temps présents, au moins en France. Elle relève, selon l'auteur, de l'application d'une approche biologique, nécessairement parcellaire et limitée, à n'importe quel domaine de la vie, associée à une négation du rapport de la maladie au social et à l'histoire. Elle serait liée à l'hégémonie sociale conférée au savoir biologique par rapport à tous les autres discours<sup>27</sup>. Mais, il me semble aussi que la biomédecine se transforme. Le courant transhumaniste, émergeant actuellement sur le territoire français mais déjà expansif aux États-Unis, est sans doute l'expression caricaturale d'un tournant cybernétique de la pensée scientifique faisant suite au tournant génétique qui a modulé et recomposé les représentations de la maladie au siècle dernier. Cette approche nouvelle sera probablement elle-même un vecteur d'évolution des conceptions du normal et du pathologique. Pour certains promoteurs de la vision transhumaniste, il s'agirait directement de faire disparaître le pathologique<sup>28</sup>. Or, qu'est-ce que la vie sans le pathologique ? Toute figuration des notions de normal et de pathologique détermine, à tout le moins un imaginaire voire une intellection, de la vie. Ou bien est-ce le contraire ? Quoiqu'il en soit, il nous semble qu'en cela nous pouvons suivre Maurice Merleau-Ponty pour lequel toute science tend à importer une ontologie qu'elle ne peut avouer et, pour qui, le rôle de la philosophie est de révéler cet impensé<sup>29</sup>. C'est ce qu'a fait en partie G. Canguilhem en examinant de façon précise l'histoire des idées en médecine<sup>30</sup>. Cette, ou plutôt ces ontologies, il est essentiel de les découvrir, de les dévoiler si nous suivons M. Foucault puisqu'elles participent, en tant que savoirs disciplinaires, à la gouvernementalité<sup>31</sup>.

Car c'est bien de pouvoir et de vérité qu'il s'agit, pour moi, dès lors qu'on évoque les enjeux émergeant des relations entretenues par les multinationales du numérique (GAFAM<sup>32</sup>, etc.) avec divers domaines de la « santé ». L'usage des algorithmes sous-tend une certaine idée de la valeur de ceux-ci pour expliquer, modéliser, approximer le social ou le biologique,

---

27 François Laplantine, *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Broché, 1993, chap. VI.

28 « Transhumanisme », *Wikipédia*, 4 janvier 2016, <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Transhumanisme&oldid=121897950>.

29 Guillaume LE BLANC, *Canguilhem et la vie humaine*, PUF, Quadrige, 2010, 83.

30 Georges CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, PUF, Quadrige, 2006.

31 LE BLANC, *La pensée Foucault*, 32-40.

32 Acronyme fréquemment usité pour énumérer les principales multinationales du numérique : Google, Amazon, Facebook, Apple et Microsoft.

de même que les statistiques antérieurement et les méga-données à l'avenir. La façon de les concevoir ou de les interpréter est intrinsèquement liée à une certaine compréhension du monde incluant celle de la « santé ». Le design des logiciels et la sélection des informations disponibles lors de l'usage des interfaces numériques sont façonnés sous certaines influences et façonnent à leur tour nos modes de pensées. L'orientation des recherches, privées ou publiques, est elle-même en lien avec les représentations sociales se rapportant à de tels sujets<sup>33</sup>. La dispersion de ces outils dans de très nombreux interstices des vies quotidiennes et professionnelles associée à la puissance financière, économique et politique des entreprises qui les déploient me paraissent les rendre particulièrement efficaces comme « techniques fabriquant des individus utiles », c'est-à-dire comme pouvoir disciplinaire<sup>34</sup>.

À côté de la discipline, la question se pose aussi des reconfigurations des formes du biopouvoir comme gouvernement de la vie dont l'impératif est formulé par M. Foucault « faire vivre et laisser mourir »<sup>35</sup>. Ici, je pourrais évoquer le paradoxe entre d'une part, la généralisation de pratiques eugénistes en obstétrique et d'autre part, le développement des techniques de réanimation néo-natale à des âges post-conceptionnels de plus en plus réduits, au prix de séquelles à prévoir. Je pourrais aussi aborder les objets classiques de l'éthique moderne que sont la procréation médicalement assistée (PMA) ou encore les soins palliatifs. Mais, il s'agirait surtout d'évoquer la vie humaine or il me semble que le gouvernement de la vie, à travers celui de la vie humaine est aussi celui de la vie dans son ensemble. Nous pouvons faire référence ici, comme G. Canguilhem, aux travaux de Charles Nicolle sur la naissance, la vie et la mort des maladies infectieuses dont la lutte collective par mesure d'hygiène publique a redessiné les contours, ou à G. Canguilhem lui-même, qui évoque la possibilité que la vaccination généralisée ait pour conséquence l'apparition de variétés de microbes plus résistants aux vaccins<sup>36</sup>. Le fait qui nous intéresse est que la médecine contemporaine décide, ou voudrait décider, de la mort d'une partie du vivant et que par là-même elle impose une forme extrême de domination sur celui-ci. Il faudrait probablement envisager avec plus de sérieux Antonin Artaud lorsqu'il crie « je ne délire pas, je ne suis pas

---

33 Chloé DIMEGLIO et al., « Expectations and boundaries for Big Data approaches in social medicine », *Journal of Forensic and Legal medicine*, 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2016.11.003>; Chloé DIMEGLIO et al., « Big data et santé publique : plus que jamais, les enjeux de la connaissance », *ADSP*, n° 93 (décembre 2015).

34 LE BLANC, *La pensée Foucault*, 82.

35 Ibid., 175-87.

36 Georges CANGUILHEM, *Ecrits sur la médecine*, Seuil, Champ freudien, 2002, 37-38.

fou, je vous dis qu'on a ré-inventé les microbes afin d'imposer une nouvelle idée de Dieu »<sup>37</sup>. Là encore, ce rapport à la vie est emprunt de représentations sociales notamment celle, probable, que la vie humaine est en position hiérarchique supérieure à la vie des autres organismes, et que parmi ces autres organismes, certains sont légitimes de vivre ou non en fonction de la représentation construite des rapports de ceux-ci à la vie humaine.

Le problème qui me préoccupe à travers ces enjeux contemporains est en réalité celui du vivre ensemble. Comment vivre ensemble sans trop se dominer les uns les autres ? Comment vivre ensemble sans être trop dominés par la vie et par la société ? Comment se dominer soi-même sans s'auto-discipliner ? Comment vivre, nous humain.e.s, sans trop dominer le reste du vivant ? En tirant le fil de chacune de ces problématiques, je me trouve confronté.e, à travers la polysémie de divers concepts (vie, nature, organisme, sujet, milieu, technique, science), à des considérations non seulement éthiques mais politiques et probablement métaphysiques. Et puisque la question du normal et du pathologique recoupe l'ensemble de ces questions, qu'elle fait partie de mon quotidien, c'est sur celle-ci que j'ai décidé de me pencher d'abord dans ce travail.

## - Question de la recherche

**Qu'est-ce que la maladie et quelle est la valeur d'usage actuelle d'un tel concept ?**

## - Objectifs de la recherche

Partant des points de tension, des conflits épistémologiques perçus dans la pratique médicale, je veux **comprendre comment se construisent les évidences, les preuves et les habitudes qui structurent la pensée médicale contemporaine**. Pour cela, je souhaite **étudier d'abord les auteur.e.s français.e.s ayant fortement influencé la pensée critique actuelle vis-à-vis de l'institution médicale**. À travers leurs analyses, j'espère acquérir une **meilleure compréhension des influences épistémiques et des constructions historiques** qui infiltrent ce courant de pensée, local et dominant.

J'ai l'espoir, à la suite de cette étude ou d'autres la succédant, de pouvoir commencer à **envisager une ouverture vers des perspectives de pensée en mesure de guider la pratique scientifique ou une certaine forme de pratique scientifique**. Nous nous enjoignons de

---

<sup>37</sup> « Antonin ARTAUD, Pour en finir avec le jugement de dieu (Version intégrale) - YouTube », sect. [34:43-35:03], consulté le 2 juillet 2017, <https://www.youtube.com/>.

croire avec Gilles Deleuze que le revenir, c'est le devenir, c'est pourquoi nous affirmons aussi, à la suite de Paul-Antoine Miquel, la nécessité d'**allers-retours entre la science et la philosophie**.

Je l'ai précisé dans le préambule, une **expérience sur le langage** est effectuée tout au long de ce travail. Il s'agit par **la même occasion d'une expérience sur la forme de la vérité et donc sur le pouvoir**. Par cette tentative concrète et immédiate de **rendre visible une expression possible d'une pratique critique**, je souhaite que le contenu prenne forme.

## - Méthodologie de la recherche

Je veux d'abord préciser que nous avons écrit cette partie, ainsi qu'organisé l'introduction de ce mémoire, sous l'influence de la lecture de la thèse d'Alexandre Baril, soutenue en 2013<sup>38</sup>.

Je dois reconnaître que nous adhérons, comme lui, « au postulat féministe selon lequel aucune recherche n'est totalement neutre et objective mais influencée, implicitement ou explicitement, par la situation et la posture de la personne qui mène la recherche »<sup>39</sup>. Sandra Harding a, notamment, développé le concept d'« **objectivité forte** » pour décrire une posture épistémologique qui reconnaît le caractère situé des savoirs, c'est-à-dire l'existence et l'influence d'un point de vue dans la production du savoir, et qui propose, plutôt que de le nier, de tenter de l'explicitier pour élaborer une véritable objectivité en science. Pour une science plus riche, plus forte, il est dans cette logique aussi indispensable de **multiplier les points de vue**<sup>40</sup>. Nous avons déjà utilisé cette posture dans notre thèse de médecine et nous pouvons dire que celle-ci nécessite un **travail de réflexivité** de chaque chercheur.e, et particulier à chaque sujet de recherche<sup>41</sup>.

Cette conception n'est pas sans rappeler celle de Gaston Bachelard dans *La philosophie du non* mais ne place pas l'origine de la subjectivité tout à fait au même endroit. Celui-ci montre, à l'aide du concept de masse comme exemple, comment « les philosophies partielles se

---

38 Alexandre BARIL, « La normativité corporelle sous le bistouri : (re)penser l'intersectionnalité et les solidarités entre les études féministes, trans et sur le handicap à travers la transsexualité et la transcapacité » (Pour doctorat en philosophie en études des femmes, Ottawa, 2013), [https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/30183/1/Baril\\_Alexandre\\_2013\\_these.pdf](https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/30183/1/Baril_Alexandre_2013_these.pdf).

39 Ibid., 11.

40 « Epistémologies féministes, par Elsa Dorlin », Billet, *Espaces réflexifs*, consulté le 22 juin 2017, <https://reflexivites.hypotheses.org/6573>.

41 PASQUIER et RICHARD, « Des expériences aux attentes de personnes lesbiennes en soins primaires : inégalités en santé, postures professionnelles et empowerment ».

posaient sur un seul aspect, n'éclairaient qu'une face du concept ». Il propose dès lors de dessiner le **profil épistémologique des diverses conceptualisations** pour évaluer « l'action psychologique effective des diverses philosophies dans l'œuvre de la connaissance ». Il s'agit ici des philosophies des sciences, et, de l'influence de l'espace et du temps sur la production d'un type particulier d'expérience, reste à déterminer ce qu'il **reste de connaissance commune** dans les connaissances scientifiques. En tout cas, pour G. Bachelard « rien ne peut légitimer un rationalisme absolu, invariable, définitif »<sup>42</sup>.

Au total, nous pouvons écrire que, dans la production de connaissances, interviennent tant des valeurs épistémiques que contextuelles (sociales, culturelles ou politiques) qu'il est utile de donner à voir et de multiplier. Cette approche, que nous pouvons aussi appelée '**épistémologie des points de vue**', rompt avec l'épistémologie traditionnelle qui suppose un sujet inconditionné. Je vais donc tenter, par une mise en perspective, de résumer, schématiser ou approximer ma situation de chercheur.e ainsi que mes choix théoriques conscientisés.

## Situation et posture cherchantes

La recherche est effectuée dans un cadre universitaire, à l'initiative de l'étudiant.e qui en a choisi le sujet et les axes de recherche.

La personne qui effectue la recherche a subi, dirigé vers elle, le sexisme, l'hétéronormativité et le classisme principalement. En cela, elle a connu des expériences d'oppression, entre autres au sein des espaces fréquentés dans le cadre de ses études de médecine. Mais par d'autres aspects de ces composantes identitaires et des privilèges dominants qu'elle possède, elle peut se rendre complice de plusieurs systèmes d'oppression, notamment à travers l'exercice de la médecine. Ces positions multiples dans les rapports de pouvoir, contradictoires et coexistantes, sont au cœur des analyses féministes intersectionnelles<sup>43</sup>.

La prise de conscience, progressive, de la complicité à un système d'oppression à travers son évolution au sein de l'institution médicale en tant que soignant.e l'a conduit à se tourner

---

42 Gaston BACHELARD, *La philosophie du non. Essai d'une philosophie du nouvel esprit scientifique.*, PUF, Édition numérique UQAM., Bibliothèque de philosophie contemporaine, 1940, 39-40, [http://classiques.uqac.ca/classiques/bachelard\\_gaston/philosophie\\_du\\_non/philosophie\\_du\\_non.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/bachelard_gaston/philosophie_du_non/philosophie_du_non.pdf).

43 « Sexisme », *Wikipédia*, 1 septembre 2016, <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sexisme&oldid=129210363>; CHAMBERLAND et LEBRETON, « Réflexions autour de la notion d'homophobie »; « Classisme », *Wikipédia*, 11 mai 2017, <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Classisme&oldid=137252651>.

vers des discours critiques vis-à-vis de la médecine contemporaine (Ivan Illich, revue *Pratiques*, revue *Prescrire*, association *Formindep*, anti-psychiatrie), ainsi que, vers des analyses sociologiques de l'institution médicale (*Sociologie de la santé* de Danièle Carricaburu et Marie Ménoret) qui n'ont fait qu'accentuer le malaise ressenti en lien avec cette posture. Elle s'est de nombreuses fois posée la question de poursuivre ou non ses études de médecine.

La décision de continuer dans cette voie fût liée au rapprochement d'espaces de lutte politique prônant une réappropriation des savoirs médicaux. Plus tard, la lecture de J. Butler, la découverte des féminismes et du mouvement *queer* ont donné encore un souffle nouveau à la volonté de finir ses études de médecine<sup>44</sup>. Les rencontres de militant.e.s, dont certain.e.s étaient soignant.e.s, pour une prise en compte médicale et sociale non discriminante et de qualité pour tout.e.s furent à chaque fois l'occasion de percevoir les points de tension et les divergences avec l'institution médicale.

Pendant l'enfance, elle a quasiment toujours été soignée par homéopathie, acupuncture et naturopathie selon les savoirs populaires des femmes de sa famille (mère et grand-mère). Elle a aussi souvent reçu des soins issus des pratiques de la kinésithérapie et de l'ostéopathie.

Elle a pu étudier la médecine durant un an en Belgique et deux mois au Québec. Ces expériences ont mis en perspective les habitudes communes, de soin et d'organisation des soins, à celles ayant cours en France mais aussi les dissensions. Elles lui ont permis de prendre conscience de l'influence des contextes socio-culturels sur les approches, même institutionnelles, de la pédagogie et du soin.

L'ensemble de ces éléments, à titre principal mais de façon non-exhaustive, s'associe aux savoirs accumulés, pendant ses treize années d'étude et de pratique de la médecine, ainsi qu'aux savoirs issus des lectures et des enseignements reçus à la faculté de philosophie, pour construire sa pensée au sujet du normal et du pathologique mais aussi des rapports entre le vital et le social. Le retour à la philosophie a été celui d'une nécessité d'un aller vers une « pratique théorique » approfondie comme condition de possibilité de toute pratique, non seulement médicale mais politique.

Au niveau épistémique, à propos de la maladie, elle oscille nécessairement entre les représentations du courant dominant médical contemporain, auquel elle reconnaît sinon une

---

44 Isabelle CLAIR, *Sociologie du genre*, 1ère édition, 128 (Armand Colin, s. d.).

certaine scientificité (qu'il faudrait définir) tout au moins une certaine valeur d'usage, et, les représentations issues d'autres influences telles que décrites précédemment. Elle utilise et se réfère, en fonction des besoins et des situations, à l'une ou l'autre des constellations étiologico-thérapeutiques décrites par F. Laplantine : « ontologique – exogène - maléfique » ou « fonctionnel – endogène - bénéfique »<sup>45</sup>. Quant au vivant et à la biologie, elle ne peut se résoudre à une réduction physicaliste de ceux-ci, de même qu'elle ne peut concevoir de séparer l'organisme de son milieu<sup>46</sup>. Les notions d'écosystèmes n'ont pas pu lui échapper, vivant à l'époque de l'écologie et du réchauffement climatique. Ayant vécu jusqu'à aujourd'hui proche du végétal et de l'animal, elle a de ceux-ci une connaissance populaire et sensitive. On lui a également enseigné la biologie à travers les visions essentialistes et évolutionnistes, dominantes dans les programmes scolaires de son époque. Enfin, elle a connaissance dans les grandes lignes, des courants de pensée, provenant de diverses religions, relatifs à la biologie tels que le créationnisme ou encore portant sur la réincarnation. Cette dernière source d'explications spirituelles du vivant est probablement, auprès d'elle, la moins influente.

## Perspectives et approches théoriques retenues

Les approches théoriques privilégiées ont des origines diverses. L'articulation de ces perspectives de pensées correspond à la cristallisation particulière et momentanée d'un mouvement de découverte. Il s'agit pour nous d'approfondir nos connaissances vis-à-vis de ces compréhensions du monde que nous avons rencontré et d'essayer ensuite de suivre l'intuition qui en émerge.

Nous tentons de suivre une approche **constructiviste au plan épistémologique** et non ontologique, suivant en cela A. Baril<sup>47</sup>. C'est-à-dire qu'il ne s'agit pas de nier la possibilité d'être des choses, leur existence en soi (ontologie) mais de considérer notre manière d'y accéder, notre **impossibilité d'avoir un accès direct et non médiatisé à la réalité**.

Refusant le réductionnisme physicaliste, il est certain qu'une **forme de vitalisme**, mais aussi un **certain rationalisme** au sens où il n'y est pas question de renier la science,

---

45 LAPLANTINE, *Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, 235.

46 CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*.

47 BARIL, « La normativité corporelle sous le bistouri : (re)penser l'intersectionnalité et les solidarités entre les études féministes, trans et sur le handicap à travers la transsexualité et la transcapacité », 34.

traversent ce travail. Enfin, différents passages ramènent à un **perspectivisme** qui signe, entre autres, la rencontre avec les **épistémologies féministes, queer et intersectionnelle**.

Mais avant d'en venir au vivant, je souhaite repartir de la pratique, du vécu, du mal-être du début.

## Plan de la recherche

En effet, dans le **premier chapitre** « *L'intuition doit chevaucher l'intelligence* », nous poserons les termes du problème qui nous occupe (le vivre ensemble) à travers la question de la recherche (qu'est-ce que la maladie ?). Pour cela, dans une **première partie**, je propose de tenter d'extérioriser ce que, par *l'instinct*, j'ai intériorisé comme perception des rapports de domination. Dans une **seconde partie**, nous envisagerons comment *l'intelligence* permet de mettre des mots et des analyses sur ces rapports de domination, à travers un regard nécessairement local. Dans une **troisième partie**, nous poserons que c'est par *l'intuition* que nous pouvons accéder à un regard global sur ceux-ci, à travers notamment l'épistémologie.

Ce chapitre construit à l'aide d'une mise en relation des pensées de P-A Miquel et de M. Foucault, est l'occasion de montrer comment notre **problématique s'inscrit dans le quotidien**. Elle est aussi l'occasion de **justifier, à travers une montée en généralité théorique, un regard épistémologique**. Elle nous fera envisager la localité du regard scientifique, notamment celui de la médecine puisqu'elle se revendique d'une certaine scientificité. Enfin, elle commencera à inscrire ces notions dans une perspective politique.

Le **second chapitre** *La pensée médicale dominante contemporaine : analyse du discours pour décrire une épistémologie*, est lui aussi construit en trois parties. J'essaye, dans celui-ci de donner un aperçu de ce en quoi peut consister une généalogie des pouvoirs. La **première partie** *L'expression des rapports de domination : un exemple paradigmatique* est l'occasion de montrer comment la localité du regard scientifique, qui se manifeste ici par la présence en son sein de techniques de domination, se répercute sur le contenu de son savoir et sur sa pratique. La **seconde partie** consiste, quant à elle, à mettre en relief la localité du regard d'une telle généalogie se concentrant sur les violences structurelles. Elle permet de mettre en évidence qu'envisager *La maladie à travers les normes sociales* ne fait considérer qu'un *paradigme parmi d'autres*, parmi ceux qui s'entrecroisent et se superposent dans la construction de la pensée médicale moderne. D'autant que dans l'ensemble de ces

paradigmes, certains sont à rattacher à une certaine conception du vital tandis que d'autres ont plus à voir avec une vision particulière du social. C'est ce qui est rapidement rappelé dans une **troisième partie** intitulée *Du social au vital : l'intrication des paradigmes*.

Ce chapitre est l'occasion mettre en évidence ce que pourrait être une **mise en pratique, à travers une généalogie des pouvoirs, du passage entre l'instinct et l'intelligence**, évoqué dans le chapitre 1. Il inscrit définitivement notre propos dans une dimension politique. Il est aussi l'occasion de distinguer les **méthodes qui permettent d'accéder à l'étude des technologies que l'être humain.e s'auto-applique**. Celles-ci, mises en pratique par différent.e.s auteur.e.s dont nous examinerons les raisonnements dans les chapitres suivants, sont constituées **dans une perspective épistémologique qui les situent du côté de l'intuition**.

Les chapitres suivants s'attachent enfin à considérer la question de la recherche à travers un regard dé-localisé que nous venons tordre au prisme de notre propre point de vue. À partir de là, ce que je perçois proche de l'intuition est indiqué en grisé.

Le **troisième chapitre** *La maladie comme construction sociale* recense diverses manières d'envisager un caractère construit de la maladie à travers les différentes positions prises par M. Foucault sur cette question. La **première partie** portant sur *L'historicité sociale des maladies chez M. Foucault* retrace les césures de sa pensée qui l'ont conduit à considérer initialement *La maladie comme une conséquence de l'aliénation sociale* puis comme une *ségrégation vis-à-vis d'une expérience originaire*. La **seconde partie** poursuit dans cette logique. Elle porte sur *Le concept de normalisation chez M. Foucault et chez G. Canguilhem*. Elle explore chez ces deux auteurs la notion de norme sociale et, à travers elle, un premier aspect du lien entre le social et le vital.

Ce chapitre est l'occasion d'envisager la **maladie**, à la fois comme **partiellement socialement construite** à travers l'exercice de technologies de domination, et à la fois comme **ayant à voir avec le vital**. La maladie ne paraît pas réductible à une simple distinction sociale d'un normal et d'un pathologique. Ce chapitre pose aussi la **question de l'existence d'une expérience originaire** et de sa nature.

Le **quatrième chapitre** nous permet ensuite de considérer ce que représente la maladie dans l'ordre vital. Il nous conduira à entrevoir *La maladie comme ontologie vitale*. La **première partie** reprend le déroulé de la thèse de G. Canguilhem sur le normal et le

pathologique et examine *Les conséquences de la normativité vitale* sur la façon dont nous pouvons concevoir ces deux notions dans l'ordre vital. La **seconde partie** prolonge le raisonnement suivi dans la première en y intégrant une discussion portant sur *Les corollaires de l'« individuation » organique chez G. Canguilhem et P-A Miquel*.

Ce chapitre est celui dans lequel **nous étudions précisément la pensée de G. Canguilhem**. La mise en relation de celle-ci avec celle de P-A Miquel me mène à proposer une **nuance vis-à-vis de la notion de valeur vitale**. De là, nous entrevoyons l'**émergence d'une thèse légèrement différente de celle de G. Canguilhem et qui distingue l'affection de l'organisme vivant de la maladie du sujet humain**.

Le **chapitre cinq** porte sur *La maladie comme vécu subjectif*. Nous y considérons *La normativité sociale chez G. Canguilhem* et *La subjectivité vitale chez M. Foucault*. Ce faisant, nous constatons à nouveau la **proximité et la complémentarité des pensées de ces deux auteurs**.

Ce chapitre est aussi celui dans lequel j'esquisse une **seconde thèse qui distingue le renouvellement subjectif vital de la subjectivation entendue comme normativité sociale**. Celle-ci pourrait ouvrir la voie à une pensée de *La maladie* comme *un retour possible au souci de soi* dont **les conséquences pourraient être thérapeutiques mais aussi politiques**.

La **conclusion** nous fait envisager la notion de **maladie comme spécifiquement humaine** dans une compréhension complexe de celle-ci, **non réductible à une affection vitale**. Sa **valeur d'usage biomédicale** n'est pas directement remise en question mais son **renouvellement dans une optique vitaliste** apparaît **nécessaire**, de même que sa **compréhension à travers la notion de gouvernementalité**. Enfin, **par le renouvellement subjectif vital** qu'elle provoque, la maladie pourrait être une **ouverture vers une subjectivation prenant la forme du souci de soi**.

## Chapitre 1 – « L'intuition doit chevaucher l'intelligence »<sup>48</sup>

En suivant P-A Miquel et sa lecture de Henri Bergson, nous pensons qu'il faut prendre au sérieux l'idée que **la science atteint un absolu**, c'est-à-dire qu'elle introduit une distinction entre les choses telles qu'elles sont et telles qu'elles apparaissent. Nous adhérons à l'idée qu'il existe une puissance métaphysique dans la science, en ce que, dans le prolongement de la perception, **elle nous fait voir les choses en elles**. De même, nous sommes en accord avec l'énoncé selon lequel **la science est tournée vers l'action**, qui elle-même est possible car les explications et les prévisions de celle-ci fonctionnent. Or, pour cela, il lui faut être du monde, il lui faut faire partie du réel **mais dès lors, elle ne voit les choses que localement**. Pour pratiquer l'isolement des systèmes dans lesquels elle voit les choses, il lui faut déjà une conception du monde<sup>49</sup>. Cette idée a inspiré l'auteur.e de cet écrit et se retrouvera à plusieurs endroits de celui-ci.

Dans ce premier chapitre, nous tenterons de nous approcher concrètement du **concept réformé d'intuition** que propose P-A Miquel car si l'intelligence « nous fait saisir les choses par le mauvais côté de la lorgnette », comment la dépasser ? C'est de l'intuition, comprise comme **expérience métaphysique indirecte**, ne pouvant survenir qu'après l'action de l'intelligence, entendue elle-même comme débordement de l'instinct, que viendra le dépassement de l'intellectualité. L'intuition apparaît comme « **torsion** » du **vouloir intellectuel** capable d'élargir indéfiniment l'instinct et l'intelligence. L'intuition a, elle-aussi, un objet limité et touche, elle-aussi, un absolu, simplement pas dans le même sens que l'intelligence. L'intuition voit le principe au-delà du local, **elle regarde le monde lui-même** et non un système artificiellement isolé en lui. Elle voit que le monde n'est visible que de plusieurs manières et ne se dit plus précisément qu'à travers deux manières de le voir qui s'opposent. Il y a donc plusieurs expériences de l'absolu radicalement contraire les unes aux autres<sup>50</sup>. C'est probablement du débordement de ces expériences, les unes par les autres dont il est question ici.

---

48 Paul-Antoine MIQUEL, « PH 00140X - PHILOSOPHIES DE LA VIE », 2013.

49 Ibid.

50 Ibid.

S'il s'agit parfois de la **scientificité de la médecine moderne dominante**, c'est bien du **caractère local de son regard dont nous parlons** et non de sa capacité à toucher un absolu. Il ne s'agit pas, dans un premier temps, d'examiner son objet comme chose en soi mais sa manière d'y accéder. Dans ce premier chapitre, nous envisageons aussi de donner à voir comment peut fonctionner ce chevauchement de l'intelligence par l'intuition, comment **l'intuition élargit l'instinct et l'intelligence par un perpétuel bouclage vers un devenir**.

## - L'instinct

Dans *L'évolution créatrice*, H. Bergson précise que « l'instinct est sympathie »<sup>51</sup>. P-A Miquel a montré que, dans des écrits ultérieurs, H. Bergson a fait un usage tout à fait singulier du terme sympathie, non superposable au sens donné à celui de 1907, et dont l'analyse participe de la compréhension renouvelée du concept d'intuition<sup>52</sup>. Nous conserverons ici, pour **l'instinct**, le sens d'un **simple sentiment psychologique, irréfléchi**.

Retrouver l'instinct qui a conduit à l'intuition et que celle-ci a élargi, tel est ce que je souhaite rendre visible ici. Il ne s'agit pas de l'instinct qui m'a probablement conduit à étudier la médecine, celui de l'intolérable de la douleur (non de la mort) et de l'intolérable de la dépendance à autrui vis-à-vis du contrôle de cette douleur. Mais notons dès à présent que le sentiment, éprouvé alors et nommé la peur, provient de la perception d'une situation intolérable. Il nous semble en effet, que nous pouvons dire en suivant l'analyse que fait Guillaume Le Blanc de *La pensée Foucault*, que c'est un **affect de protestation**, une **attitude d'ordre éthique qui engendre le travail intellectuel**. Un « **Je perçois l'intolérable** »<sup>53</sup>. Ce sont des « Je perçois l'intolérable » que nous allons essayer de donner à percevoir.

Elles furent nombreuses et diverses ces situations, comme je l'ai écrit en introduction dans lesquelles je percevais du « négatif non négociable », de l'intolérable. Il faut bien entendre qu'initialement, ces situations me laissaient sans voix, sans mots et sans pensées. Il nous a fallu des années pour apercevoir ce qui se jouait alors. Je vais en décrire quelques-unes sans les commenter, au plus proche possible de la façon dont je me souviens qu'elles m'étaient apparues.

---

51 Henri BERGSON, *L'évolution créatrice*, puf, Quadrige, 1941, 177.

52 Paul-Antoine MIQUEL, *Le vital*, Kimé, Philosophie en cours (Paris, 2011), 43.

53 LE BLANC, *La pensée Foucault*, 35.

Première situation : Je suis dans un amphithéâtre avec d'autres étudiant.e.s et nous assistons à un cours de sémiologie portant sur les douleurs abdominales. Le professeur nous dit alors que, pour ne jamais oublier de penser à l'étiologie possible qu'est la grossesse extra-utérine chez une femme, nous devons mémoriser que « toute femme jeune en âge de procréer est une salope jusqu'à preuve du contraire ». Il ajoute que, même si celle-ci assure ne pas avoir de risque d'être enceinte, il ne faut jamais la croire.

Deuxième situation : Un midi, lors de mon premier stage comme interne à l'hôpital, je vais déjeuner à l'internat. Nous passons le repas non loin d'une fresque à peu près équivalente à celle-ci (je n'ai pas retrouvé la fresque originale).



*Illustration 1: Fresque de salle de garde - Hôpital Bichat Claude-Bernard*

Troisième situation : Je suis en stage à l'hôpital aux urgences. Une femme arrive, elle geint. Son visage est crispé par la douleur. Avant tout examen de cette personne, quelqu'un.e me dit : « Encore un syndrome méditerranéen ».

Quatrième situation : Un jour, me dirigeant vers l'hôpital pour y travailler, je rencontre sur le chemin, un.e infirmier.e qui travaille dans le même service que moi. Nous discutons puis arrivé.e.s devant la porte conduisant à l'escalier qui mène au service, iel me dit : « Je vais me

changer, on se rejoint là-haut ? ». Je monte dans le service, enfile une blouse et commence à travailler.

Cinquième situation : En sixième année de médecine, je suis de garde en réanimation. Un homme est allongé sur un des lits dans une des chambres. Il est dans le coma suite à un infarctus du myocarde. En lisant son dossier médical, j'apprends que cet homme, du temps où il était conscient, a toujours refusé les soins médicaux notamment hospitaliers. Dans la soirée, celui-ci fait plusieurs arrêts cardiaques. À chaque arrêt cardiaque, le réanimateur lui administre un choc électrique externe et le cœur de cet homme se remet à fonctionner. Au bout de la 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> fois, un.e infirmier.e insiste pour que le réanimateur effectue une échographie cardiaque afin d'évaluer la fonction cardiaque. Le réanimateur, qui souhaite aller manger, cède devant l'insistance de l'infirmier.e. L'échographie permet de constater que la paroi du ventricule gauche du cœur de cet homme est rompue et que son état est au-delà de toute ressource thérapeutique. Le réanimateur part manger en donnant la consigne de ne pas réanimer cet homme lors du prochain arrêt cardiaque.

Sixième situation : Un.e patient.e me parle de ses souffrances, je l'écoute. Le chef de service passe devant la chambre, me voit assis.e à côté de la personne et me dit « Quand tu auras fini de faire du social, tu viendras travailler ».

Septième situation : Encore une garde aux urgences, une personne est venue y chercher de l'aide car elle souffre depuis plusieurs mois de maux de tête. La médecine moderne ne parvient pas à définir l'étiologie de ceux-ci. Elle ne parvient pas non plus à soulager cette personne. Je sors de la pièce d'examen et un.e infirmier.e me lance alors : « Tu sauves des vies, là, hein ?! ».

Cette dernière anecdote, je l'ai déjà rapportée dans un article en 2013<sup>54</sup>. J'écrivais alors « je n'ai même pas compris ce qu'il me disait et je l'ai regardé avec un air béat et un peu gêné... ». Ce « Je perçois l'intolérable », je l'ai écrit aussi ailleurs. Durant mes premières années d'études de médecine, j'écrivais ces situations, dans un but cathartique d'abord mais aussi avec la conviction qu'un jour, je pourrais les appréhender, les analyser et peut-être les comprendre. L'instinct, les perceptions ici de ces « négatifs non négociables », commençait déjà à vouloir se réfléchir en nous<sup>55</sup>.

---

54 Sidonie RICHARD, « Sauver des vies ! », *Pratiques - Les cahiers de la médecine utopique*, n° 63 (octobre 2013): 84-85.

## - L'intelligence

L'intelligence, écrit P-A Miquel, **nous fait sortir de la sphère de nos purs vécus**. Elle nous fait voir les choses telles qu'elles sont et non seulement telles qu'elles nous apparaissent. Elle ne fournit **pas que des points de vue** car il y a bien dans notre pensée quelque chose de plus grand qu'elle. « Il faut donc à la fois, dès le départ, dès l'intelligence, qu'il y ait un point de vue du monde et un point de vue de notre pensée et que les deux se reflètent dans la structure même de la perception et de l'intelligence »<sup>56</sup>.

Mais l'intelligence ne sert pas que la science entendue au sens commun des sciences dites « dures » au sein desquelles sont habituellement regroupées les mathématiques ou la physique, et que souhaiterait être la médecine. Elle ne produit pas non plus que du savoir disciplinaire. Elle **permet aussi l'élaboration de « savoirs assujettis »** constitués par le « **couplage des connaissances érudites et des mémoires locales** » si nous suivons M. Foucault<sup>57</sup>.

**Les connaissances érudites**, nous les avons puisées grandement dans les sources évoquées dans la partie introductive *Situation et posture cherchant.e.s*, bien qu'aucune exhaustivité ne soit possible. La *Sociologie de la santé*, par **exemple**, nous a permis d'appréhender la socialisation professionnelle des soignant.e.s comme une *initiation*, au sens ethnologique du terme et comme une *conversion* de la personne, au sens religieux, à une nouvelle façon de voir le monde. Six étapes sont proposées pour ce processus que nous pouvons imaginer assez semblable à l'ensemble des professions du soin institutionnel, bien que décrit initialement chez les infirmier.e.s. L'innocence initiale, première étape, est vite remplacée par la reconnaissance de l'incongruité, c'est-à-dire de l'écart entre les attentes de l'étudiant.e et le contenu réel de son futur environnement professionnel. La phase suivante est celle du déclic où l'étudiant.e réalise ce que l'institution attend de lui ou elle, et comment répondre au mieux à ces attentes. Elle mène directement à l'étape de la simulation paradoxale dans la mesure où plus l'acteur.e est convaincant.e, moins iel a conscience qu'iel joue et par conséquent, plus iel est sûr.e de l'authenticité de sa performance. Ceci mène à l'intériorisation d'abord provisoire, puis stable, des réalités, des normes et des codes du milieu professionnel, dernière étape de ce

---

55 Il ne nous semble pas que l'instinct ne concerne que des « négatifs non négociables » mais ici, ce sont ces perceptions spécifiques qui ont probablement conduit à la rencontre des « savoirs assujettis ».

56 MIQUEL, *Le vital*, 62-63.

57 LE BLANC, *La pensée Foucault*, 40.

processus de « conversion doctrinale ». De sorte qu'à ce stade, l'étudiant.e en vient à ignorer son « moi profane » et ses attentes qui ne sont pas en accord avec son nouveau « moi professionnel »<sup>58</sup>.

Ces connaissances érudites s'articulent avec les savoirs issus des **mémoires locales**, c'est-à-dire des **savoirs des gens, dont la provenance est interne à la discipline**. Il s'agit bien sûr de ce que j'ai, moi-même, vécu dans la discipline mais aussi des nombreux récits que nous avons écoutés de ce qui est vécu dans la discipline<sup>59</sup>. Récits de soigné.e.s, récits de soignant.e.s, récits d'accompagnant.e.s.

La **recherche et l'articulation de ses savoirs** constituent une **généalogie en construction permanente**. Elles permettent une certaine compréhension de la fabrique et de la reproduction de la discipline. Elles participent à l'élaboration d'un savoir historique des luttes et à l'utilisation de ce savoir dans les tactiques actuelles. Elles constituent un savoir politique qui s'oppose au savoir disciplinaire<sup>60</sup>. En témoignent par exemple des brochures telles que *S'armer jusqu'aux lèvres – Comment affronter une consultation gynécologique ?*<sup>61</sup>, ou encore des sites internet tels que le site *Témoignages et savoirs intersexes*<sup>62</sup>.

Ainsi, **l'intelligence déborde le seul instinct**. Elle déborde la posture éthique qu'elle nécessite pourtant initialement. Nous pensons que ces **savoirs** touchent un absolu et nécessitent d'être du monde mais en cela, ils demeurent **nécessairement locaux**. Nous rejoignons ici, nous semble-t-il, les propositions faites par les épistémologies des points de vue et que nous avons évoqué en introduction, qui ne réfutent pas le fait que la science puisse atteindre un absolu, puisse introduire un écart entre les choses telles qu'elles sont et les choses telles qu'elles nous apparaissent mais proposent de prendre en compte le caractère local de toute production de savoir à travers la visibilisation des points de vue et leur nécessaire multiplication pour se rapprocher au mieux du point de vue du monde, pour aller vers une plus grande objectivité.

---

58 Danièle CARRICABURU et Marie MÉNORET, *Sociologie de la santé - Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, 2005, 62-64.

59 PASQUIER et RICHARD, « Des expériences aux attentes de personnes lesbiennes en soins primaires : inégalités en santé, postures professionnelles et empowerment ».

60 LE BLANC, *La pensée Foucault*.

61 Collectif Cévennes, « S'armer jusqu'aux lèvres - Comment affronter une consultation gynécologique ? », consulté le 10 juillet 2017, [https://infokiosques.net/IMG/pdf/S\\_armer\\_jusqu\\_aux\\_levres-pageparpage.pdf](https://infokiosques.net/IMG/pdf/S_armer_jusqu_aux_levres-pageparpage.pdf).

62 « Témoignages et savoirs intersexes », *Témoignages et savoirs intersexes*, consulté le 10 juillet 2017, <https://temoignagesetsavoirsintersexes.wordpress.com/>.

Mais puisque nous parlons d'épistémologie, c'est que l'intuition a déjà débordé l'intelligence...

## - L'intuition

En effet, selon P-A Miquel et sa lecture de H. Bergson, « l'intelligence [sans l'intuition] est et restera « un effort local de l'évolution ». ». Or la vie et la durée sont vécus, **nous sommes aussi au monde en même temps que nous sommes du monde**. L'intelligence, la science, sait que nous sommes du monde mais elle ne parvient pas à savoir dans le même temps que nous sommes au monde. Elle ne voit pas que pour isoler artificiellement des systèmes tel qu'elle le fait, il lui faut déjà une certaine conception du monde. Elle ne procède pas à cette « torsion du vouloir » qui se réalise dans l'intuition et qui permet de s'élever au-delà du local.

L'intuition, elle, est une expérience métaphysique indirecte, elle **élargit la « réflexion » qui elle-même déborde « l'instinct »**, élargissant alors aussi « l'instinct » lui-même. L'intuition ré-intègre l'action du temps, le vécu et regarde le monde lui-même et non pas un système artificiellement isolé en lui. Elle voit le principe, c'est-à-dire qu'elle voit que le monde n'est visible que de plusieurs manières, à travers des expériences de l'absolu radicalement contraires les unes aux autres<sup>63</sup>. Il nous semble que dès lors nous pouvons dire qu'il nous faut avoir été d'abord au monde puis du monde avant de pouvoir être de nouveau au monde, emprunt d'un nouveau regard sur le monde. En étant de nouveau au monde, grâce à la « torsion du vouloir » opérée par l'intuition, l'instinct peut être enfin élargi. C'est ainsi que se constitue les allers-retours permanents et simultanés, puisque nous sommes toujours au monde en même temps que du monde, entre les choses telles que nous les percevons en nous et les choses en soi.

**La philosophie relève de l'intuition.** Elle présuppose la science. Dans notre exemple, c'est le **passage à l'épistémologie des points de vue que permet l'intuition**. L'instinct, ici, perçoit l'intolérable. L'intelligence permet de décrire les mécanismes des violences structurelles. L'intuition permet d'accéder à un point de vue dé-localisé, un regard sur le monde en tant qu'il est vécu.

À cet endroit, nous souhaitons faire deux **remarques**. La **première** concerne notre exemple et les savoirs dont il traite car il pourrait peut-être nous être objecté que l'ensemble

---

63 MIQUEL, *Le vital*, 62-65.

des sciences dites « humaines et sociales », assimilés pour nous à des « connaissances érudites », peut être situé du côté de l'intuition. En première approche, il nous semble en réalité que **chacune des sciences humaines, dans son approche pragmatique, utilise des mécanismes d'isolement des systèmes qui la situe bien du côté de la science**. Il nous paraît qu'il faut se situer à un niveau épistémologique ou dans une perspective épistémologique pour avoir une perspective sur le monde à travers l'intuition. C'est ici que nous achèverons notre parallèle avec la pensée de M. Foucault. Sa **pensée des épistémès**, sa philosophie qui consiste à chercher le type de communication entre les foyers de pensée particuliers, **relève** bien pour nous **de l'intuition** qui procède d'un regard sur le monde. En cela, elle est bien « un mode de pensée particulier qui peut-être, le cas échéant, contesté par d'autres modes de pensée ou qui peut se trouver réorienté par les autres formes de pensée ». Elle suppose des allers-retours avec les autres manières de voir le monde, et envisage la vie et la durée au sein d'une « histoire critique de la pensée »<sup>64</sup>.

La **seconde** remarque concerne le peu de rigueur accordée dans notre exemple à la distinction entre les activités de penser du sujet et les plans d'immanence. C'est que celle-ci est complexe et mériterait un développement à part entière intégrant la pensée de G. Deleuze que nous ne réaliserons pas ici. Disons brièvement que nous envisageons le **sujet** comme faisant **partie intégrante du ou des plans d'immanence et se construisant dans l'expérience**. Il est « un Je sens », dans une posture ambivalente et mélancolique entre assujettissement et subjectivation<sup>65</sup>.

Nous espérons, dans ce premier développement, être parvenu.e à faire entendre comment s'est construite et se **justifie notre volonté de poser à nouveau le problème du normal et du pathologique à travers celle des manières de voir le monde**, des courants de pensées, de l'**épistémè**. Il nous semble en effet, qu'une partie des difficultés auxquelles se confronte la **médecine moderne** est liée à son aveuglement vis-à-vis de sa propre conception du monde, à son ignorance vis-à-vis du **caractère local de son regard**.

Il nous apparaît **nécessaire de décrire ce regard** et si la philosophie est création comme le propose G. Deleuze, d'en envisager peut-être un autre comme une ouverture vers l'absolu que la science cherche à atteindre. Cette « torsion du vouloir » n'est pas seulement dirigée vers la

---

64 LE BLANC, *La pensée Foucault*, 5.

65 Florence ANDOKA, « Machine désirante et subjectivité dans l'Anti-Œdipe de Deleuze et Guattari », *Philosophique*, n° 15 (1 avril 2012): 85-94, doi:10.4000/philosophique.659; LE BLANC, *La pensée Foucault*; Paul-Antoine MIQUEL, *Sur le concept de Nature*, Hermann, Vision des sciences, 2015.

science mais aussi vers le politique puisque « c'est seulement de l'intérieur des assujettissements que les modes de subjectivation hérétiques aux pouvoirs disciplinaires peuvent être inventés »<sup>66</sup>.

---

66 LE BLANC, *La pensée Foucault*, 39.

## Chapitre 2 – La pensée médicale dominante contemporaine : analyse du discours pour décrire une épistémologie

Il est temps de revenir sur les situations que j'ai choisies à titre d'exemple pour illustrer le méta-discours que nous construisons sur le discours médical. Toute la difficulté, tenant à notre propos, est qu'il nécessite d'**explicit**er ce qui se joue dans les détails, dans les discours, dans la manière de penser et de voir les choses. Le **paradigme des violences structurelles** peut être assez facilement caractérisé car il est déjà l'objet de nombreux méta-discours. Il nous servira de modèle pour expliquer comment et au sein de quel milieu institutionnel se construisent et s'auto-entretiennent les discours actuels sur la maladie. Il s'agit d'**illustrer l'un des points de vue de la pensée médicale contemporaine** et de laisser subsumer comment ce point de vue vient se refléter en chaque personne faisant partie du corps médical. Le mécanisme du reflet a probablement à voir avec l'apprentissage de la posture de savoir-pouvoir disciplinaire tel que décrit par les sociologues Marie Ménoret et Danièle Carricaburu, et rapporté ici dans la partie *L'intelligence* du *Chapitre 1*. Je souhaite cependant être compris.e de la façon suivante : il existe **des** points de vue dominants dans la pensée médicale contemporaine. Celui dont nous tentons de donner une image en est, pour nous, un parmi d'autres.

### - L'expression des rapports de domination : un exemple paradigmatique

Première situation : Je suis dans un amphithéâtre avec d'autres étudiant.e.s et nous assistons à un cours de sémiologie portant sur les douleurs abdominales. Le professeur nous dit alors que, pour ne jamais oublier de penser à l'étiologie possible qu'est la grossesse extra-utérine chez une femme, nous devons mémoriser que « toute femme jeune en âge de procréer est une salope jusqu'à preuve du contraire ». Il ajoute que, même si celle-ci assure ne pas avoir de risque d'être enceinte, il ne faut jamais la croire.

Dans cette première situation, une insulte est associée à un très grand groupe de personnes. Le mot « salope » possède deux sens principaux : « qui est très sale, très malpropre » ou « femme débauchée, de mœurs dépravées, ou qui se prostitue »<sup>67</sup>. Ce mot fait donc référence soit à un état, soit à une pratique, socialement dépréciées. Le mécanisme d'apprentissage proposé peut se résumer ainsi : « souvenez-vous du peu de valeur sociale de ce groupe de

---

67 « SALOPE : Définition de SALOPE », consulté le 24 août 2017, <http://www.cnrtl.fr/definition/salope>.

personnes pour vous souvenir du mal qui le guette ». Nous pensons pouvoir affirmer qu'il existe d'autres associations mnésiques possibles pour obtenir le même résultat. Remarquons le renforcement du discrédit produit par la suite du discours « il ne faut jamais la croire » et son champ d'application : « toute femme en âge de procréer ». C'est-à-dire moi-même, toutes les étudiantes assises dans l'amphithéâtre (à cette époque déjà plus de 60 % des étudiant.e.s), ma mère, mes amies, mes sœurs, mes cousines proches ou éloignées, quasiment toutes les aide-soignantes, les infirmières, les secrétaires, les médecins et les autres femmes qui travaillent dans les étages supérieurs, *etc*, car « adresser une injure sexiste à une femme publique [nous pourrions dire 'publiquement'], c'est insulter toutes les femmes »<sup>68</sup>. Faudra-t-il que je me crois moi-même si j'ai subitement très mal en bas du ventre ? Probablement pas, jusqu'à la ménopause.

Bien sûr, il s'agit là d'une exagération un peu cynique. Nous pouvons envisager qu'en faisant cela, le professeur avait l'intention bienveillante de nous faire passer une notion importante. Pour cela, il a utilisé un artifice. Toutes les femmes n'ont évidemment pas de bonnes raisons de subir une grossesse extra-utérine, par contre, il faut toujours y penser. Cet artifice, il a fait le choix de le prendre dans le champ du sexisme, parce que ça marque, parce que c'est « drôle », parce que c'est une habitude et parce que c'est permis. Cela reste un choix, révélateur de l'imprégnation du milieu médical par des technologies de domination.

À qui dira qu'il s'agit d'humour, nous répondrons que le sexisme, même bienveillant, reste du sexisme et que le harcèlement sexuel, l'humour et les remarques sexistes ou encore les violences physiques sont des exemples bien connus d'attitudes sexistes hostiles envers les femmes<sup>69</sup>. Nous envisagerons ce type de proposition comme une tentative supplémentaire de discrédit.

Cette situation peut, finalement, être analysée à l'**intersection de trois grands rapports de domination**, classiques dans les sociétés dites occidentales et modernes, que sont le **sexisme**, l'**âgisme** et le **classisme**. L'âgisme et le sexisme sont immédiatement visibles puisque le critère choisi de stigmatisation est le fait d'être une « femme en âge de procréer ». En revanche, le classisme apparaît lors de la mise en pratique de cet apprentissage.

---

68 « [Chiennes de garde] Le manifeste », consulté le 24 août 2017, [http://chiennesdegarde.com/article.php3?id\\_article=5](http://chiennesdegarde.com/article.php3?id_article=5).

69 Marie GAUSSEL, « L'éducation des filles et des garçons : paradoxes et inégalités », octobre 2016.

Car oui, **apprendre de cette façon laisse des traces et a des conséquences**. Fort.e de cette notion « scientifique », lors de mon premier stage comme interne aux urgences, j'ai refusé de croire des femmes qui me promettaient n'avoir aucun risque d'être enceinte. J'ai donc refusé de chercher une autre étiologie à leur mal avant d'avoir éliminé celle de la grossesse extra-utérine alors qu'elles-mêmes me juraient, et savaient bien, que cette étiologie était impossible. J'ai retardé des examens, des scanners notamment, en attendant le résultat, toujours négatif, des prises de sang qui devaient me prouver qu'elles n'étaient pas enceintes.

Les **risques, liés à un comportement différent**, que j'avais appris, étaient les suivants :

- Méconnaître un diagnostic grave (valable aussi dans ce cas par focalisation sur un diagnostic très peu probable)
- Irradier un fœtus dont l'existence est ignorée (encore une fois très peu probable ; le risque principal aux doses habituelles utilisées en radiologie diagnostique et avant 17 semaines d'aménorrhée serait une expulsion, qui passerait inaperçue, lors des menstruations suivantes<sup>70</sup> ; au-delà, la grossesse passe de toute façon rarement inaperçue)
- Devoir répondre à une plainte déposée par une femme pour la naissance d'un enfant « malformé » suite à une irradiation médicale (encore une fois très peu probable vu les arguments précédents)

Les **conséquences de ce comportement** furent les suivantes :

- Rupture de la confiance dans la relation de soins, rupture de la solidarité entre personnes subissant une même forme de domination, impression de paternalisme médical ; c'est-à-dire violence morale
- Discrédit de personnes portant sur le fait qu'elles soient capables de savoir si elles ont des relations sexuelles, sur le fait qu'elles aient des connaissances en matière de procréation, sur le fait qu'elles soient responsables pour elles-mêmes et pour les autres ; c'est-à-dire violence symbolique
- Pratique d'un examen douloureux, non-souhaité par la personne et inutile (prise de sang pour dosage des béta-HCG) ; c'est-à-dire violence physique
- Retard dans la prise en charge (2 heures d'attente minimum pour les résultats d'une prise de sang) ; c'est-à-dire violence institutionnelle (sans résoudre l'entière du problème, l'approvisionnement de l'hôpital en tests de grossesse urinaires pourrait permettre d'éviter les deux dernières sources de violences citées en procurant l'information souhaitée immédiatement et sans douleur)

---

70 « Item 20 : Prévention des risques foetaux - Irradiation.pdf », consulté le 24 août 2017, [http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item20\\_11/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item20_11/site/html/cours.pdf).

Enfin, les femmes dont le statut social était jugé supérieur pouvaient parfois bénéficier d'une dérogation au protocole. C'est ici qu'apparaît le classisme. Les femmes jeunes, issues de milieux socio-culturels estimés défavorisés, subissaient avec plus de prégnance les conséquences, y compris médicales, de ces rapports de domination. Nous pouvons noter aussi l'influence d'un certain **validisme** dans la phobie des malformations liées à l'irradiation, qui participe à la fabrique de ce comportement que je me permets de qualifier de quasi-irrationnel. De même, notons la valeur qui situe en position hiérarchique supérieure la vie potentielle vis-à-vis de la vie actuelle, ou encore, la peur de la répression juridique.

Nous avons à faire ici à des **violences qui sont dites structurelles**. Ce sont des formes de violence exercées par des organisations (structures ou institutions) d'une société donnée et qui empêchent les individus de se réaliser<sup>71</sup>. Les dommages infligés le sont de manière indirecte, immatérielle et invisible, défiant toute tentative de comptabilité. Et, « l'obscurité de sa nature rend la violence structurelle insidieuse, car le blâme et la culpabilité ne peuvent pas être aisément attribués à sa source réelle ; ils ont plutôt tendance à être attribués à tort à ceux qui en sont victimes »<sup>72</sup>. Or, nous pensons que nous venons de mettre en lumière dans l'exemple sus-cité comment les rapports de domination, qui engendrent ces violences structurelles, ont des **conséquences jusque dans les représentations de la maladie, et, dans les habitudes d'intervention et d'encadrement de celle-ci**. Nous commençons à percevoir la **localité du regard médical**.

#### Deuxième situation : la fresque

L'insulte publique se file et s'affiche. Elle est affirmée dans tous les hôpitaux de France et tolérée dans chacun d'entre eux. L'intéressé.e à la lecture de ce mémoire pourra noter le **caractère raciste** de la présente fresque qui figure une femme à la peau plus foncée au centre, comme la plus soumise d'entre toutes. Nous souhaitons aussi attirer l'attention sur les symboles utilisés pour mettre en valeur les personnages masculins, dont nous pouvons supposer qu'ils représentent les médecins (tout au moins les « vrais » médecins, les médecins-mâles blancs, et non pas les médecins-femelles qui viennent arpenter les couloirs et ne semblent servir qu'à assouvir les pulsions de ces derniers). L'empereur, les prêtres, le pape, les militaires et la couronne pour le roi, sont autant de **symboles de la domination masculine**

---

71 Michel PARAZELLI, « Violences structurelles », *Nouvelles pratiques sociales* 20, n° 2 (2008): 3-8, doi:10.7202/018444ar; « Violence structurelle », *Wikipédia*, 25 octobre 2016, [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Violence\\_structurale&oldid=131002794](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Violence_structurale&oldid=131002794).

72 PARAZELLI, « Violences structurelles ».

à travers les âges, sans compter les armoiries phalliques. La combinaison de ces allusions n'est pas sans rappeler quelque chose des colonisations. C'est de cet héritage que semble se revendiquer la médecine française moderne. Or là encore, ce **fond de pensée**, cet inconscient commun, qui constitue un « **secret public** » selon la définition qu'en propose l'anthropologue Michael Taussig comme étant ce qui est connu de tous, mais qui ne peut-être articulé et énoncé publiquement, n'est **pas sans lien avec la conception moderne de la pathologie**<sup>73</sup>. Voyons comment la troisième situation nous révèle l'**influence du racisme dans la construction des représentations de la maladie**.

Troisième situation : Je suis en stage à l'hôpital aux urgences. Une femme arrive, elle geint. Son visage est crispé par la douleur. Avant tout examen de cette personne, quelqu'un.e me dit : « Encore un syndrome méditerranéen ».

L'expression « **syndrome méditerranéen** » ne désigne en rien une description nosologique particulière. Il s'agit, là encore, d'un mécanisme de discrédit utilisé par des soignant.e.s en France pour signifier leur **mépris face à l'expression de la douleur** de personnes dont iels estiment que les ancêtres vivaient proche du pourtour de la mer méditerranée du fait de leur couleur de peau. Ce stéréotype courant, qui prendrait sa source dans le fantasme selon lequel ses personnes seraient moins résistantes, **diminue la qualité de la relation de soins** et provoque des **retards dans les prises en compte** diagnostique et thérapeutique<sup>74</sup>. **L'état pathologique du sujet est jugé forcément moins grave et moins urgent** qu'il n'en a l'air puisque les soignant.e.s considèrent que celui-ci exagère systématiquement sa symptomatologie<sup>75</sup>.

Quatrième situation : Un jour, me dirigeant vers l'hôpital pour y travailler, je rencontre sur le chemin, un.e infirmière qui travaille dans le même service que moi. Nous discutons puis arrivée.e.s devant la porte conduisant à l'escalier qui mène au service, iel me dit : « Je vais me changer, on se rejoint là-haut ? ». Je monte dans le service, enfile une blouse et commence à travailler.

La quatrième situation nous semble pouvoir être analysée grâce au prisme du **classisme**. Elle illustre le fait que **les médecins n'ont pas les mêmes droits et devoirs que le reste des soignant.e.s**. Bien qu'iels fréquentent les mêmes espaces que les autres soignant.e.s, cell.eux-ci n'ont pas besoin de porter une tenue intégrale aseptisée et neutre comme si leur statut social garantissait une hygiène irréprochable et une singularité acceptable. Iels ont pourtant marché

---

73 Ibid.

74 David LE BRETON, *Expériences de la douleur - Entre destruction et renaissance*, Métailié, Traversées, 2010.

75 G. Canguilhem lui-même abordera cette question à travers l'interprétation raciste, qu'ont fait certains physiologistes, d'une norme glycémique plus basse chez des personnes africaines, en comparaison avec un référentiel établi chez des personnes européennes. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, 111.

dans la rue, comme les autres soignant.e.s, pour venir à l'hôpital, parfois pris les transports en commun. Iels naviguent souvent d'un service de l'hôpital à l'autre, d'une chambre à l'autre. Mais, un murmure se transmet à ce sujet entre les autres soignant.e.s de l'hôpital, c'est que « les médecins naissent stériles ». Nous notons ici uniquement la différence de traitement constatée entre les médecins et les autres soignant.e.s, sans statuer si c'est la conduite vis-à-vis des un.e.s qui est laxiste ou celle vis-à-vis des autres qui est hypocrite. **Les rapports de domination s'exercent tout autant entre soignant.e.s, pas uniquement en direction des personnes soignées.**

## **- La maladie à travers les normes sociales : un paradigme parmi d'autres**

Par ces exemples divers, nous avons voulu montrer comment les rapports de domination s'insinuent dans les interstices des espaces actuels dédiés à l'institution médicale, comment ils régissent une partie de nos modes relationnels et imprègnent l'ensemble de nos représentations, y compris celle de la maladie. Nous espérons avoir su expliciter comment peut s'effectuer le chemin qui conduit des détails à la structure de l'institution par ce paradigme des rapports de domination et des violences structurelles. Il convient cependant de garder à l'esprit que **ce paradigme est un paradigme dominant parmi d'autres** que mobilisent la pensée médicale contemporaine. Ceux-ci s'entrecroisent et se superposent. Nous pourrions citer l'**essentialisme** comme illustration d'une autre forme de discours qui croise celui du validisme lorsqu'il s'agit de justifier la nécessité d'opérer les « anormaux<sup>76</sup> » que sont, pour cette institution, les sourds ou encore les personnes intersexuées. En effet, c'est sous un prétexte d'anormalité comparée à un idéal naturel (entendant, sexe classifiable en masculin ou féminin) que la médecine justifie de ramener ces personnes 'dans la norme'. Nous pouvons évoquer le **scientisme** qui cherche à interdire toute remise en question de la scientificité du savoir médical depuis l'avènement de l'*Evidence Based Medicine* ou encore le **physicalisme réductionniste** qui amène, par exemple, à mettre en correspondance de façon systématique les concepts psychologiques avec ceux de la neurobiologie et par ce biais, à ceux plus fondamentaux de la physique-chimie.

Il ne s'agit pas de proférer *a priori* que tel point de vue ou tel regard est plus valable que tel autre mais simplement de montrer comment **les points de vue, aussi invisibles soient-ils**

---

76 LE BLANC, *La pensée Foucault*, 122.

**depuis celui qui voit, influencent toujours le cours de l'expérience.** Nous réclamons de **regarder la localité des regards** afin de peut-être mieux apercevoir ce qu'il reste, momentanément, de commun dans les choses qu'ils voient.

Car, des pauvres, des fous et des folles, des autistes, des hyperactives et des hyperactifs, des prostitué.e.s, des polyandres et des polygynes, des sourd.e.s, des handicapé.e.s, des drogué.e.s, des femmes, des mères, des noir.e.s et des arabes, des ados, des vieilles et des vieux, des gros.ses, des maigres, des sédentaires, des fumeur.e.s, des alcooliques, des sans domicile fixe, des analphabètes, des trans', des intersexes, des homos, des dyslexiques, des orthorexiques, des anti-vaccins, des sortant.e.s de prison, des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME<sup>77</sup>, des personnes en arrêt de travail, etc, la pensée médicale contemporaine semble être en mesure de **faire porter un stigmate à chacun.e**.

Or, **c'est à travers ces représentations qu'elle définit le normal et le pathologique.** La stigmatisation et la discrimination ne participent-elles pas par elles-mêmes à un moins bon état de santé (dépréciation de soi, retard à la prise en compte, etc) ? Autrement dit, le mode de conceptualisation actuel de la maladie, relai des normes sociales, n'est-il pas lui-même ce qui rend malade ? La maladie est-elle uniquement socialement construite ? Quel usage de celle-ci dès lors et quel rôle pour la médecine ?

## **- Du social au vital : l'intrication des paradigmes**

Les trois dernières situations posent la **question des rapports qu'entretiennent le social et le vital.** Du côté du.de la soigné.e :

Cinquième situation : En sixième année de médecine, je suis de garde en réanimation. Un homme est allongé sur un des lits dans une des chambres. Il est dans le coma suite à un infarctus du myocarde. En lisant son dossier médical, j'apprends que cet homme, du temps où il était conscient, a toujours refusé les soins médicaux notamment hospitaliers. Dans la soirée, celui-ci fera plusieurs arrêts cardiaques. À chaque arrêt cardiaque, le réanimateur lui administre un choc électrique externe et le cœur de cet homme se remet à fonctionner. Au bout de la 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> fois, un.e infirmière.e insiste pour que le réanimateur effectue une échographie cardiaque afin d'évaluer la fonction cardiaque. Le réanimateur, qui souhaite aller manger, cède cependant devant l'insistance de l'infirmière.e. L'échographie permet de constater que la paroi du ventricule gauche du cœur de cet homme est rompue et que son état est au-delà de toute ressource thérapeutique. Le réanimateur part manger en donnant la consigne de ne pas réanimer cet homme lors du prochain arrêt cardiaque.

---

77 CMU : Couverture Maladie Universelle ; AME : Aide Médicale d'État

Du côté du.de la soignant.e :

Sixième situation : Un.e patient.e me parle de ses souffrances, je l'écoute. Le chef de service passe devant la chambre, me voit assis.e à côté de la personne et me dit « Quand tu auras fini de faire du social, tu viendras travailler ».

Septième situation : Encore une garde aux urgences, une personne est venue y chercher de l'aide car elle souffre depuis plusieurs mois de maux de tête. La médecine moderne ne parvient pas à définir l'étiologie de ceux-ci. Elle ne parvient pas non plus à soulager cette personne. Je sors de la pièce d'examen et un.e infirmier.e me lance alors : « Tu sauves des vies, là, hein ?! ».

Si la maladie est socialement construite, n'en demeure-t-elle pas pour autant constitutive de la vie ? Or il semble que la médecine revendique de s'occuper de la vie, et non du social. Nous en venons à aborder des **problèmes métaphysiques fondamentaux et les répercussions épistémologiques qui leurs sont intimement liées**. Qu'est-ce que la vie ? Quel lien entre le vital et le social ? Qu'est-ce que la maladie ?

Si la première partie a été l'occasion pour nous de justifier la place de l'épistémologie dans notre pensée, la seconde partie, que nous clôturons ici, doit être comprise comme une esquisse, une **mise en abyme de ce que peut apporter la moindre analyse de discours**, appuyant la nécessité de poursuivre dans la voie ouverte par M. Foucault. C'est-à-dire que nous plaidons ainsi pour une pour une **généalogie des pouvoirs à travers l'étude de l'écriture des vies ordinaires dans la discipline**. L'**archéologie des savoirs** comme description de la constitution du savoir médical à partir des pratiques et des institutions médicales, ou encore l'**histoire des sciences**, comme étude du réel en train de se faire, sous la forme d'événements de pensée dont la production est en cours, nous apparaissent tout aussi intéressantes<sup>78</sup>. C'est plus à celles-ci que nous aurons à faire **dans les chapitres suivants**. Nous pensons qu'il serait souhaitable en effet, grâce à ces méthodes, de poursuivre l'**objectif** de M. Foucault, qu'il décrit en 1982 dans la première conférence prononcée à l'Université Victoria de Toronto, qui est d'« **analyser ces soi-disant sciences [dont la médecine] comme des « jeux de vérité » très particuliers, liés à des techniques particulières que les êtres humains utilisent à l'égard d'eux-mêmes** » à travers l'**étude des quatre types principaux de technologie que l'homme s'applique à lui-même** (technologies de production, de signification, de domination et de soi)<sup>79</sup>.

---

78 Michel FOUCAULT, *Dire vrai sur soi-même*, VRIN, Philosophie du présent - Foucault inédit, 2017, 37; LE BLANC, *La pensée Foucault*, 61; Pierre MACHÉREY, « Subjectivité et normativité chez Canguilhem et Foucault », Billet, *La philosophie au sens large*, consulté le 21 mars 2017, <https://philolarge.hypotheses.org/1750>.

79 FOUCAULT, *Dire vrai sur soi-même*, 30.

Sans avoir la prétention de pouvoir, nous-mêmes à travers ce travail, d'approcher une analyse poussée de l'une de ces technologies, je propose d'explorer ce qui pourrait émerger d'une articulation possible entre les analyses de M. Foucault et de F. Laplantine qui se portent plutôt sur les technologies de domination et les technologies de soi, celle de G. Canguilhem, dont l'histoire sociale des idées serait à rapprocher de l'analyse des technologies de production et celle de P-A Miquel que nous situerions plutôt du côté de l'étude des technologies de signification. Ces **quatre grands types de technologies ne fonctionnent presque jamais séparément** nous dit M. Foucault<sup>80</sup>, or ces quatre auteurs se sont attachés à des périodes temporellement proches lorsqu'ils ont abordé par des approches diverses les questions épistémologiques qui nous occupent. J'espère avoir réussi à donner à voir à quels endroits peuvent se manifester en pratique les difficultés épistémologiques de la pensée médicale contemporaine locale et en quoi il nous semble nécessaire de les analyser. J'ose imaginer un aller vers une politique de la vérité grâce à l'épistémologie, qui pourrait nous conduire peut-être vers un nouveau regard sur et pour la médecine. C'est pourquoi dans la suite de ce travail, nous allons progressivement **tenter de construire une vision possible du sujet et de sa maladie grâce à l'articulation de ces différentes postures épistémologiques.**

---

80 Ibid.

## Chapitre 3 – La maladie comme construction sociale

Il est probablement plus facile de décrire le caractère construit socialement des pathologies dans le champ de la psychiatrie.

Georges Didi-Huberman semble avoir montré comment Jean-Martin Charcot aurait **inventé l'hystérie**. En mettant en scène les aliénées de l'hôpital de la Salpêtrière, les présentant, les photographiant et les moulant de cires, J-M Charcot aurait fabriqué une image, une représentation d'une pathologie psychique appelée hystérie. Alors à la recherche d'une idée, d'une vérité, il aurait cherché à rendre visible une image conçue par lui-même. Il aurait mis en place une esthétique savante au sein de laquelle il se postait comme traducteur du fait, vecteur neutre dans la transmission d'une observation synthétisée sous une image. Dans le langage que nous avons utilisé précédemment, nous pouvons dire que nous trouvons à nouveau ici des formes d'expressivité de la localité du regard de la science et du point de vue de l'observateur. Quant à l'étymologie du mot hystérie, qui ferait référence à l'utérus, elle rappelle que la différence de statut (pathologique ou normal) était initialement en lien avec la différence de genre, faisant de nouveau intervenir le sexisme dans la constitution de la maladie. Pour découvrir la maladie, il s'agissait alors de chercher le « faciès dans les visages », les traits communs derrière les singularités. Il a fallu pour cela, nous dit G. Didi-Huberman, passer par une inauthenticité. La quête d'exactitude a conduit J-M Charcot à faire de l'image avec le corps, en le déformant pour qu'il corresponde au procédé de traduction. La traduction ne vint pas après l'image, c'est l'image qui fut modelée pour correspondre à la perception particulière du sujet observant<sup>81</sup>.

Cet exemple est particulièrement parlant pour entrevoir ce que peut-être la part de la construction sociale dans ce que nous nommons « maladie psychiatrique ». Déterminer la part de cette construction sociale pour les pathologies dites somatiques est plus délicat.

---

81 Georges DIDI-HUBERMAN, *Invention de l'hystérie - Charcot et l'Iconographie de la Salpêtrière*, Macula, 1982; Flora BASTIANI, « PH02350X - Philosophie de la santé - Réflexion sur la représentation et l'image dans les soins », 2016 2015.

Pour autant, F. Laplantine cite un passage du *Livre de San Michele* de Axel Munthe, médecin et écrivain suédois, le **cas de l'appendicite et de la colite** :

Ils avaient tous un faible pour l'appendicite. L'appendicite était alors très demandée par les gens du monde en quête de maladie. Toutes les dames nerveuses l'avaient dans la tête sinon dans l'abdomen, elles s'en trouvaient fort bien, ainsi que leurs conseillers médicaux. Alors peu à peu, j'y vins moi aussi et en soignai beaucoup avec plus ou moins de succès [...] Bientôt il fut évident que l'appendicite agonisait et qu'il fallait découvrir une maladie nouvelle pour répondre à la demande générale. La Faculté fut à la hauteur, une nouvelle maladie fut lancée sur le marché, on frappa un mot nouveau, vraie monnaie d'or : Côlite ! C'était une maladie élégante, à l'abri du bistouri, toujours à vos ordres, convenant à tous les goûts. Elle venait, elle partait, personne ne savait comment. Je savais que plusieurs de mes confrères prévoyants l'avaient déjà expérimentée sur leurs clients avec beaucoup de succès...<sup>82</sup>

Ce passage révèle l'existence des **processus de socialisation qui entourent la maladie**. Pour autant, peut-on en conclure que toutes les maladies ne sont que des constructions sociales ?

## - L'historicité sociale des maladies chez M. Foucault

### La maladie : conséquence de l'aliénation sociale

Dans ses premiers écrits, M. Foucault semble proposer cette thèse<sup>83</sup>. Il la défendrait à propos de la folie dans *Maladie mentale et personnalité* (1954) ; dans sa réédition modifiée *Maladie mentale et psychologie* (1962) ; et, dans *Folie et déraison : Histoire de la folie à l'âge classique* (1961, réédition 1972 sous le titre *Histoire de la folie à l'âge classique*) ; mais aussi à propos des maladies somatiques dans *Naissance de la clinique* (1964). Pour autant, le sens que revêt cette assertion évolue sensiblement au long de ces premiers textes.

Dans *Maladie mentale et personnalité*, M. Foucault écrit : « **il n'est pas possible de rendre compte de l'expérience pathologique sans la référer aux structures sociales** »<sup>84</sup>. Est-ce à dire que le phénomène pathologique n'est que construction sociale ou bien que son mode d'expression doit être historiquement situé ? Reste-t-il un substrat pathologique stable sous l'interprétation évolutive qu'en fait la société ?

La **pensée de M. Foucault évolue** sur ce point entre *Maladie mentale et personnalité* et *Histoire de la folie à l'âge classique*. Les analyses de Pierre Macherey et de G. le Blanc nous permettent de dégager **deux évolutions principales**<sup>85</sup>.

---

82 Laplantine, *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, 177.

83 LE BLANC, *La pensée Foucault*, 101.

84 Michel FOUCAULT, *Maladie et personnalité*, PUF (Paris, 1954), 83.

85 Pierre MACHEREY, « Aux sources « de l'histoire de la folie » », 1986, <http://stl.recherche.univ-lille3.fr/sitespersonnels/macherey/machereybiblio19.html>; LE BLANC, *La pensée Foucault*.

La **première** est rendue **visible par l'analyse** que fait P. Macherey **des modifications apportées par M. Foucault au texte de *Maladie mentale et personnalité* avant sa réédition sous le titre *Maladie mentale et psychologie*.**

Dès *Maladie mentale et personnalité*, M. Foucault s'interroge sur les conditions qui ont conduit à parler de « maladie mentale » et à développer à son propos un discours prenant la forme de savoirs. Il cherche, écrit-il, à « montrer de quels préalables la médecine doit être consciente pour trouver une nouvelle rigueur »<sup>86</sup>. Suivant cet objectif, il explique d'abord, dans le premier chapitre, comment le concept de maladie mentale s'est autonomisé par rapport à la « métapathologie », commune aux médecines organique et mentale, qui l'englobait auparavant. Assez rapidement, il oppose à l'essence abstraite de la maladie, une vérité effective et concrète de l'homme qui est en l'image en miroir. Pour rendre compte des spécificités de la vie mentale, il faut dès lors « rechercher les formes concrètes qu'elle peut prendre dans la vie concrète d'un individu », pour ensuite « déterminer les conditions qui ont rendu possibles ces divers aspects [de la pathologie mentale] et restituer l'ensemble du système causal qui les a fondées »<sup>87</sup>. La suite de l'ouvrage est scindée en deux parties. La première décrit comment diverses approches de la maladie mentale l'ont fait diverger d'une représentation essentialiste ou naturaliste vers un fait de l'évolution, ou, un moment dans l'histoire de l'individu (psychanalyse), ou encore, un sens offert à une compréhension existentielle (phénoménologie). Elle est aussi l'occasion pour M. Foucault de pointer le fait que si ces interprétations psychologiques mettent en évidence ce qu'il y a de contradictoire dans la notion de maladie mentale, elles « ne sont pas capables de replacer cette contradiction dans le système structurel de ses conditions, qui sont « historiques » plutôt que « réelles » ; [...] elles restent attachées au présupposé d'une existence humaine donnée, dont elles prétendent dégager des lois »<sup>88</sup>. C'est-à-dire qu'à ce stade, il semble suggérer qu'il faille aller plus loin, ou renverser le raisonnement, par rapport à ces diverses psychologies, pour **reconstituer une réalité humaine à partir de ses « conditions extérieures et objectives »**.

C'est donc que **le concept de maladie mentale renverrait à un contenu réel dont l'interprétation est mystifiée**. Ceci justifie la démarche explicative qui survient en suivant, dans la seconde partie, et qui vise à chercher les conditions de la maladie mentale et de son concept du côté de l'existence personnelle du malade, et de la situation qui détermine cette

---

86 FOUCAULT, *Maladie et personnalité*, 2.

87 Ibid., 17.

88 MACHEREY, « Aux sources « de l'histoire de la folie » »

existence. **Le pathologique se situerait à l'intérieur de la personnalité et nécessiterait des conditions particulières d'expressivité.** Il y aurait un « sens historique » de l'aliénation mentale comme expression de la société à travers les formes morbides auxquelles elle impose leur mode de reconnaissance. M. Foucault explique ainsi « le fait pathologique par rapport aux conditions réelles qui le déterminent comme « aliénation » dans le cadre d'une société elle-même aliénée ; on dira alors que cette société projette son aliénation dans des modes de comportements qu'elle impose à certains de ces membres, modelant ainsi leur personnalité »<sup>89</sup>. Cette conception laisse ouverte la possibilité d'une explication objective de la maladie, en tant que celle-ci correspond à une donnée réelle pouvant être rapportée positivement à ses conditions. Elle sous-entend aussi le mythe d'une essence humaine désaliénée. **L'anormalité serait l'effet de l'aliénation qui est le principe objectif à partir duquel la maladie peut-être expliquée.** Le fait pathologique conserve une existence réelle mais il devient l'expression de l'aliénation sociale.

Le concept d'aliénation, tel que semble l'envisager alors M. Foucault, se serait développé progressivement à travers l'histoire selon une évolution continue de la possession à la maladie mentale. La libération des fous à la fin du XVIII<sup>e</sup> revêtirait une apparence trompeuse et consisterait, en réalité, en une déviation d'un système carcéral vers un système militaire enfonçant un peu plus la folie dans son statut d'aliénation et privant l'individu de son humanité et de sa personnalité.

Dans ce premier écrit, la maladie mentale conserve une certaine réalité bien que ses conditions soient décrites comme historiques. M. Foucault conclut :

La pathologie classique admet volontiers que le fait premier est dans l'anormal à l'état pur ; que l'anormal cristallise autour de lui les conduites pathologiques dont l'ensemble forme la maladie ; et que l'altération de la personnalité qui en résulte, constitue l'aliénation. Si ce que nous venons de dire est exact, **il faudrait renverser l'ordre des termes, et en partant de l'aliénation comme situation originaire, découvrir ensuite le malade, pour définir en dernier lieu, l'anormal**<sup>90</sup>.

---

<sup>89</sup> Ibid.

<sup>90</sup> FOUCAULT, *Maladie et personnalité*, 103.

Puis, en quatre points et en s'appuyant sur les travaux d'Ivan Petrovitch Pavlov, il propose à propos de l'aliénation historique et l'aliénation psychologique (1), du normal et du pathologique (2), de l'organique et du psychologique (3) et de la thérapeutique (4)<sup>91</sup> :

(1) Si on a fait de l'aliénation psychologique la conséquence ultime de la maladie, c'était pour ne pas voir dans la maladie ce qu'elle était réellement : la **conséquence des contradictions sociales dans lesquelles l'homme s'est historiquement aliéné**. [...]

(2) En faisant de l'aliénation sociale la condition de la maladie, on dissipe, du même coup, le mythe d'une aliénation psychologique qui ferait du malade un étranger dans son propre pays [...] La maladie est faite de la **même trame fonctionnelle que l'adaptation normale** ; ce n'est donc pas à partir de l'anormal, comme le veut la pathologie classique qu'il faut chercher à définir la maladie ; c'est au contraire **la maladie qui rend possible l'anormal, et le fonde** [...]

(3) Nous avons montré, au début, comment la notion de personnalité semblait faire éclater les cadres de la pathologie classique, et comment elle exigeait un style d'analyse qui fût différent des analyses organiques. Mais la définition de la maladie mentale à partir de ses conditions réelles - historiques et humaines - nous ramène à une **conception unitaire du pathologique** [...] Les maladies mentales sont des atteintes de la personnalité tout entière ; dans cette mesure, elles ont leur origine dans les conditions réelles de développement et d'existence de cette personnalité ; et elles prennent leur départ dans les contradictions de ce milieu. Mais le conflit ne se transforme pas d'emblée, et par simple transposition psychologique, en maladie mentale ; il devient maladie lorsque la contradiction des conditions d'existence devient contradiction fonctionnelle des réactions. Et c'est dans cette notion de trouble fonctionnel que la pathologie mentale trouve son unité avec la pathologie organique. [...] **C'est seulement s'il est possible de changer ces conditions, que la maladie disparaîtra en tant que trouble fonctionnel résultant des contradictions du milieu**. [...] En d'autres termes, lorsqu'on rattache la maladie à ses conditions historiques et sociales d'apparition, on se prépare à en retrouver les composantes organiques, et on en fait une **analyse réellement matérialiste**.

(4) Admettons, au contraire, ces deux propositions que nous nous sommes attachés à démontrer : que la condition première de la maladie est à trouver dans un conflit du milieu humain, et que le propre de la maladie est d'être **réaction généralisée de défense devant ce conflit** ; alors, la thérapeutique doit prendre une allure nouvelle. Puisque la maladie est, en elle-même, défense, le processus thérapeutique doit être dans la ligne des mécanismes pathologiques ; il s'agit de **s'aider de la maladie elle-même pour la dépasser**. [...] Et d'un autre côté, puisque la maladie se réfère toujours à une dialectique conflictuelle d'une situation, la thérapeutique ne peut prendre son sens et son efficacité que dans cette situation [...] il faut **préférer les thérapeutiques qui offrent au malade des moyens concrets de dépasser sa situation de conflit, de modifier son milieu**, ou de répondre d'une manière différenciée, c'est-à-dire adaptée, aux contradictions de ses conditions d'existence.

Le normal et le pathologique seraient donc de même nature, réactions d'adaptation au milieu mais le pathologique résulterait de l'aliénation sociale historiquement situé tandis que le normal serait un état mythique possible dans une société désaliénée. **Le pathologique serait l'expression des contradictions de la société à travers les individus qui la constitue**. Il se distingue de l'anormal et le fonde. **L'anormal est constitué par la gestion sociale de la maladie**. Ainsi, le social intervient en amont et en aval de la maladie. L'aliénation sociale est cause de la maladie et la société constitue l'anormal à partir de ce fait pathologique. Car l'aliénation sociale se marque dans les corps et crée des troubles fonctionnels, eux-mêmes à l'origine de pathologies mentales ou somatiques. C'est sur les travaux de I.P. Pavlov que M.

---

91 Ibid., 105-9.

Foucault fonde son argumentation pour inférer une conception unitaire du pathologique. Une analyse matérialiste rechercherait donc les conditions historiques et sociales d'apparition de la maladie. Seul un changement de celles-ci serait à même de la faire disparaître. Deux conséquences sur la thérapeutique sont proposées de ce fait. Si la maladie est une réaction de défense généralisée devant le conflit du milieu alors il convient de s'appuyer sur la maladie elle-même pour la comprendre et la dépasser. Aussi, il devient légitime de privilégier les thérapeutiques permettant au malade de dépasser la situation de conflit, de faire évoluer son milieu, son environnement.

Je peux faire dès à présent une **remarque** vis-à-vis de cette conception du normal, du pathologique et de l'anormal que suggère M. Foucault dans *Maladie mentale et personnalité*. Notons la **résonance particulière** que prend l'idée d'une **relation causale entre l'aliénation sociale et la pathologie dans le contexte actuel de description de mécanismes épigénétiques**. Ceux-ci sont évoqués pour expliquer l'augmentation des maladies cardiovasculaires, métaboliques et mentales chez des personnes dont la mère aurait subi une période de famine lors de leur développement fœtal, ou encore, pour expliquer une moindre longévité chez des personnes dont le père serait mort à la guerre pendant le troisième trimestre de la grossesse qui a conduit à leur naissance<sup>92</sup>. Isabelle Mansuy, neurogénéticienne à l'université de Zürich et à l'école polytechnique fédérale de Zürich, suggère même que cette transmission pourrait s'effectuer sur plusieurs générations, selon les observations que son équipe aurait pu effectuer sur des modèles animaux (souris)<sup>93</sup>.

Bien que les recherches actuelles sur les implications thérapeutiques d'une telle compréhension des caractères transmis ne suivent pas la voie thérapeutique proposée par M. Foucault, je peux imaginer qu'elle pourrait être la portée politique de celle-ci aujourd'hui réclamant une action sur les causes structurelles de la maladie. Il s'agirait d'agir sur les conditions d'existence aliénées des individus en société pour réduire la survenue des maladies et/ou traiter celles présentes. En effet, je pense que l'analyse de M. Foucault dans *Maladie mentale et personnalité* conduit à envisager une boucle auto-entretenu le long de laquelle l'aliénation sociale conduit à la pathologie qui elle-même conduit à la distinction des formes du normal et de l'anormal qui participent par elles-mêmes à l'aliénation sociale, etc.

---

92 « Le stress prénatal affecte la longévité », *Salle de presse | Inserm*, 13 juin 2017, <http://presse.inserm.fr/le-stress-prenatal-affecte-la-longevite/28674/>.

93 « Peut-on souffrir des tragédies vécues par nos ancêtres ? », *France Culture*, 12 juillet 2017, <https://www.franceculture.fr/conferences/palais-de-la-decouverte-et-cite-des-sciences-et-de-lindustrie/peut-souffrir-des>.

Il faudrait donc rompre la logique pour aller vers une société désaliénée dont les individus ne seraient, dès lors, plus malades. Mais **M. Foucault ne conservera pas exactement cette vision des choses dans ces écrits futurs.**

## **La maladie : ségrégation vis-à-vis d'une expérience originaire**

Le point de vue que nous venons d'explicitier, qui fait référence à une **essence humaine désaliénée** et peut apparaître bien utopiste, serait à rattacher à l'influence de la pensée de Marx, dans ses premiers écrits, sur celle de M. Foucault à cette époque. Selon P. Macherey, elle se substituerait à une référence à Nietzsche et Heidegger dans *Maladie mentale et psychologie* qui conduirait à **l'apparition d'un autre mythe à la place de ce dernier**. Ce mythe, serait « **celui de la folie essentielle**, persistant dans sa nature originaire, en deçà des systèmes institutionnels et discursifs qui en altèrent la vérité première, ou la « confisquent » ». En effet, dès l'introduction de *Maladie mentale et psychologie*, M. Foucault ne propose plus de confronter la représentation de la « maladie mentale » à « une réflexion sur l'homme lui-même » mais de rechercher « un certain rapport, historiquement situé, de l'homme à l'homme fou et à l'homme vrai ». C'est-à-dire qu'apparaissent ici deux idées, que l'on retrouvera dans *l'Histoire de la folie à l'âge classique* qui sont qu'**il n'existe de réflexion sur la réalité humaine qu'historiquement situé**, d'une part, et que, d'autre part, **la folie, qui est quelque chose d'essentiellement différent de la maladie mentale, entretient un rapport fondamental avec la vérité**. Voyons comment le paradigme ainsi posé fait entrevoir les choses d'une façon légèrement différente.

Dans *Maladie mentale et psychologie*, M. Foucault déplace l'idée d'une vérité psychologique de la maladie mentale vers celle d'une **vérité ontologique de la folie**. Le **présupposé d'une nature de l'homme** reste donc intact même s'il relève plus, alors, d'une **évocation poétique que d'un savoir positif**. La vérité essentielle et intemporelle de la folie se manifeste à travers l'histoire dans des éclairs qui la déchire (Friedrich Nietzsche, A. Artaud, etc.) et qui, bien qu'apparaissant de façon intermittente, révèlent son inaltérable permanence. Ainsi, il existerait un « rapport essentiel » de l'homme à lui-même, celui de la raison à la déraison, qui serait une autre vérité, ne relevant plus d'aucune sorte de détermination positive. Survient ici l'idée d'un autre savoir de l'homme, savoir nu, authentique, vrai, dépsychologisé car dépathologisé ; vérité qui constituerait une norme d'évaluation absolue. La distinction opérée entre folie et maladie mentale permet de décrire la constitution historique de la

maladie mentale comme **perception de la folie sur fond d'espace social d'exclusion, assimilant l'anomalie et la faute**. « L'homme n'est devenu une « espèce psychologisable » qu'à partir du moment où son rapport à la folie a permis une psychologie, c'est-à-dire à partir du moment où son rapport à la folie a été défini par la dimension intérieure de l'assignation morale et de la culpabilité »<sup>94</sup>. La maladie mentale relève « d'un fait historique » et il faut « rechercher les formes concrètes que la psychologie a pu lui assigner [...] déterminer les conditions qui ont rendu possible cet étrange statut de la folie, maladie mentale irréductible à toute maladie »<sup>95</sup>. La psychopathologie est à étudier comme un fait de civilisation. Il ne s'agit plus d'expliquer la maladie elle-même, mais de rapporter les discours et les pratiques dont elle est l'objet aux conditions qui les constituent historiquement. **Il n'y a plus de détermination réelle de la maladie mentale qui pourrait relever d'une signification objective ou positive**. Il n'y a plus de réalité de la maladie mentale autre que celle d'une forme de discours historiquement situé. Il n'y a de vérité que celle de la folie comme rapport spécifique de l'homme à lui-même.

Cette nouvelle manière d'envisager **le fait pathologique comme constitution historique** conduit à se détacher de l'idée d'une évolution continue à travers l'histoire, il n'y a plus de boucle auto-entretenu. C'est au contraire la succession des ruptures qui cumulent leurs effets pour produire, dans les conditions spécifiques d'une culture déterminée, le concept moderne de maladie mentale. Finalement, il ne faudrait plus parler de fait pathologique mais de « déviation pathologique » pour désigner **le pathologique comme écart à la norme**. Cette norme, qui est à la fois norme d'existence et norme d'évaluation, ne doit pas être pensée comme cause mais comme effet. C'est l'identification, la circonscription du pathologique, dans des conditions historiques particulières, qui détermine la norme, les normes collectives, le normal. Dès lors, la maladie ne peut que correspondre exactement à son image, telle qu'elle est construite historiquement dans des conditions qui sont à la fois objectives et subjectives. Le normal, comme projection fictive de l'ensemble des normes collectives, doit être compris, comme ces dernières, non comme une réalité en soi mais comme un phénomène. Quel est dès lors le statut de la folie, ce savoir authentique, nu ? Elle est une expérience. Peut-être a-t-elle à voir avec ce que, plus haut, nous avons appelé l'instinct. Quoi qu'il en soit, ce concept, qui serait au centre de toute la pensée de Foucault selon P. Macherey, apparaît en alternative à la représentation d'un fait positif. **La folie serait une expérience fondamentale**, essentielle, qui

94 FOUCAULT cité par MACHEREY, « Aux sources « de l'histoire de la folie » »

95 FOUCAULT cité par ibid.

échapperait aux limites de la constitution historique et apparaîtrait périodiquement dans l'histoire révélée par des figures comme celles de Gérard de Nerval ou A. Artaud. Il faudrait s'atteler alors à une « **recherche de sources ontologiques cachées** » qui justifie l'engagement de M. Foucault dans une généalogie des formes de l'expérience humaine au début des années 60.

C'est probablement dans cette logique qu'il faut appréhender l'*Histoire de la folie à l'âge classique* et la *Naissance de la clinique*.

Dans le premier ouvrage, M. Foucault décrit le retour au premier plan de la folie à la Renaissance, prenant le relai de la lèpre et de la hantise de la mort, puis le « grand renfermement » ayant lieu à l'âge classique (XVII<sup>e</sup>) qui conduit à ce que les fous, les pauvres, les mendiants, les débauchés, c'est-à-dire initialement les improductifs, soient exclus de l'espace social pour être enfermés dans l'Hôpital général. Ce « grand renfermement » serait le corollaire du partage raison-déraison qui se fait explicitement en philosophie avec le « moment cartésien ». Ce n'est qu'une fois enfermé que le fou devient objet de savoir. Vers la fin du XVIII<sup>e</sup>, la folie devient « maladie mentale », l'asile apparaît, l'internement se médicalise et la psychiatrie est constituée comme science. Or, en recherchant dans l'*Histoire de la folie à l'âge classique*, l'expérience disons originelle de la folie, Foucault met surtout en évidence qu'à l'**origine de nos classifications dichotomiques (fous, non-fous, etc.)**, il y a **une expérience** qui est celle d'un groupe social qui ne relève ni de la décision, ni de la formulation linguistique mais d'**un geste**. Cette expérience est celle d'un partage qui est elle-même non encore partagée et indifférenciée, celle de **la ségrégation**, qui est ensuite définitivement établie dans le règne de la vérité<sup>96</sup>. Il y a donc, dans cette expérience sociale originaire, une violence extrême, celle de la non-reconnaissance de l'Autre en soi comme figure du Même.

Dans *Naissance de la clinique*, c'est le regard médical et ses conditions d'émergence que M. Foucault analyse à travers trois modes de conceptualisation de la maladie, identifiés entre la fin du XVIII<sup>e</sup> et le début du XIX<sup>e</sup> siècle : la médecine classificatrice, la médecine des épidémies, et, la médecine clinique et l'anatomo-pathologie.

---

96 Michel FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Bibliothèque des histoires, 1972.

Le premier chapitre débute ainsi :

Pour nos yeux déjà usés, le corps humain constitue, par droit de nature, l'espace d'origine et de répartition de la maladie : espace dont les lignes, les volumes, les surfaces et les chemins sont fixés, selon une géographie maintenant familière, par l'atlas anatomique. Cet ordre du corps solide et visible n'est cependant qu'une des manières pour la médecine de spatialiser la maladie. Ni la première sans doute, ni la plus fondamentale. Il y a eu et il y aura des distributions du mal qui seront autres<sup>97</sup>.

Serait-ce à dire que l'**expérience fondamentale**, symétrique de la folie pour la maladie mentale, serait « **le mal** » pour la maladie somatique, constituée quant à elle par le regard médical ? « Le mal » serait-il cette expérience essentielle d'une distinction d'états différenciés du corps ?

C'est ici qu'intervient une **nouvelle césure dans la pensée de M. Foucault qui le conduira à délaisser la tentative**, encore présente dans *Histoire de la folie à l'âge classique* et *Naissance de la clinique*, d'une « **phénoménologie** » du geste et du regard ramenant l'ordre du savoir à des « **expériences** » fondatrices<sup>98</sup>. En effet, dès *Histoire de la folie à l'âge classique*, M. Foucault entame la description de la psychiatrie comme un nouage disciplinaire, un micro-pouvoir spécifique agencé à d'autres micro-pouvoirs<sup>99</sup>. Dans *Naissance de la clinique*, il suppose que l'institutionnalisation de la médecine des épidémies, avec la fondation de la Société royale de médecine, va de pair avec la montée en puissance de l'expertise médicale dans le champ du social. Grâce à la centralisation de la médecine des épidémies et du développement conjoint au sein de celle-ci d'une police, « l'espace médical peut coïncider avec l'espace social, ou plutôt le traverser et le pénétrer entièrement ». Ainsi, « la première tâche du médecin est donc politique : la lutte contre la maladie doit commencer par une guerre contre les mauvais gouvernements ». En même temps qu'elle devient d'utilité d'État, elle élargit son corpus des seules techniques de guérison à la connaissance de « l'homme en santé », c'est-à-dire à une expérience de « l'homme non-malade » et à une définition de « l'homme modèle ». Les diverses formes du savoir médical se réfèrent aux notions positives de santé et de normalité<sup>100</sup>.

---

97 Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, PUF, Quadrige, 1963, 19.

98 Pierre MACHÉREY, « Foucault avec Deleuze », *Paris 8 philosophie*, consulté le 25 août 2017, <http://paris8philo.over-blog.com/article-4836158.html>.

99 LE BLANC, *La pensée Foucault*, 103.

100 FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, 55-59.

Ces constatations sur le pouvoir et le savoir sont probablement les **prémisses des réflexions** qui conduiront M. Foucault à développer par la suite, ce que G. Deleuze a qualifié de « nouveau positivisme », c'est-à-dire une **conception des relations entre savoir, pouvoir et vérité, évacuant la référence à l'expérience et conduisant à la description des sociétés de normalisation**<sup>101</sup>.

## **- Le concept de « normalisation » chez M. Foucault et G. Canguilhem**

### **La maladie : norme sociale**

Dans la suite de son travail, M. Foucault va **déplacer son attention vers les conditions de possibilités de l'apparition des discours et des concepts à travers l'histoire**. Il s'agit de la seconde évolution de sa pensée, dont nous avons fait l'annonce dans l'introduction de la partie précédente, et que nous nous proposons de décrire en suivant G. Le Blanc et P. Macherey. M. Foucault développe une **méthode** qu'il nomme **archéologie**, car ce qui l'intéresse serait comme un soubassement se tenant en deçà de ce qui est édifié au-dessus de lui. Il s'agit de rechercher quel est « l'environnement global donnant un lieu d'accueil à des activités de connaissance qui peuvent apparaître à l'intérieur de ce cadre »<sup>102</sup>. M. Foucault s'applique alors à **exhumer les épistémès**, décrites par G. Canguilhem comme étant des « humus sur quoi ne peuvent pousser que certaines formes d'organisation du discours, sans que la confrontation avec d'autres formes puisse relever d'un jugement d'appréciation »<sup>103</sup>.

Cette méthode archéologique, appliquée dans la suite de ses œuvres, le conduira à mettre en évidence comment la médicalisation de la société et la disciplinarisation du social tendent à se rejoindre. Ce constat, établit à travers l'idée que l'ordre social se soucie, par ses disciplines, de sa propre défense et que c'est dans ce contexte que la psychiatrie se constitue en médecine du corps social, est un indice du remaniement en profondeur du social par le normal<sup>104</sup>.

---

101 MACHEREY, « Foucault avec Deleuze »; LE BLANC, *La pensée Foucault*, 110.

102 MACHEREY, « Subjectivité et normativité chez Canguilhem et Foucault ».

103 CANGUILHEM cité dans *ibid*.

104 LE BLANC, *La pensée Foucault*, 105-10.

Dans le cours du 14 janvier 1976, M. Foucault en vient à décrire les **sociétés modernes** comme des **sociétés de normalisation** :

Que, de nos jours, le pouvoir s'exerce à la fois à travers ce droit et ces techniques, que ces techniques de la discipline, que ces discours nés de la discipline envahissent le droit, que les procédés de la normalisation colonisent de plus en plus les procédures de la loi, c'est, je crois, ce qui peut expliquer le fonctionnement global de ce que j'appellerais une « **société de normalisation** ».

Je veux dire, plus précisément, ceci : je crois que la normalisation, les normalisations disciplinaires, viennent buter de plus en plus contre le système juridique de la souveraineté ; de plus en plus nettement apparaît l'incompatibilité des unes et de l'autre ; de plus en plus est nécessaire une sorte de discours arbitre, une sorte de pouvoir et de savoir que sa sacralisation scientifique rendrait neutre. Et c'est précisément du côté de l'extension de la médecine que l'on voit en quelque sorte, je ne veux pas dire se combiner, mais se réduire ou s'échanger ou s'affronter perpétuellement la mécanique de la discipline et le principe du droit. **Le développement de la médecine, la médicalisation générale du comportement, des conduites, des discours, des désirs, etc, se font sur le front où viennent se rencontrer les deux nappes hétérogènes de la discipline et de la souveraineté**<sup>105</sup>.

Les sociétés de normalisation, à côté du cadre juridique et étatique qui les définit, tirent leur fonctionnement réel d'un certain nombre de disciplines qui rendent possible la cohésion du corps social. **La médecine joue un rôle fondamental dans cette entreprise de normalisation.** La nouvelle psychiatrie notamment, occupe une fonction essentielle de défense de l'ordre social. Au sein de celle-ci, la référence médicale à la guérison, encore centrale pour Philippe Pinel et Jean-Etienne Esquirol, médecins aliénistes du XIX<sup>e</sup> siècle, serait abandonnée au profit de la détection et de la prévention des individus dangereux, repérés par une attention maniaque à la vie, fixée dans l'hérédité, et aux formes de dégénérescence raciale. « Les anormaux sont désormais les individus inguérissables, non pas parce que le remède approprié n'est pas encore découvert mais parce que leur mal se situe à un autre niveau que le mal des maladies »<sup>106</sup>. Ils ne relèvent ni de la cure médicale, ni de la cure sociale car ils sont réfractaires aux disciplines. Ils se confondent donc avec les indisciplinés.

Ce que **la nouvelle psychiatrie** prend en compte désormais, c'est le comportement, ces déviations, ses anomalies ; elle prend sa référence dans un développement normatif en trouvant la clef comportementale d'un individu du côté de son enfance. **Son nouvel objet est l'anomalie, non plus la maladie.** Or, l'anomalie est un état, elle fixe ainsi d'une part, la vérité d'un sujet et d'autre part, la vérité d'une lignée de sujets. En effectuant ce déplacement étiologico-thérapeutique, la nouvelle psychiatrie acquiert un « **pouvoir médical sur du non-pathologique** ». De plus, en rapportant l'histoire du dégénéré à une histoire qui lui est

---

105 Michel FOUCAULT, « Il faut défendre la société » (Association pour le Centre Michel Foucault, 1976 1975), 20.

106 LE BLANC, *La pensée Foucault*, 110-12.

antérieure, elle complète par l'hypothèse de la dégénérescence, sa « possibilité d'ingérence infinie sur les comportements humains »<sup>107</sup>. Dans ce même mouvement, la psychiatrie invente la dangerosité comme catégorie majeure de l'ordre social qui naît avec les disciplines. **Elle fixe, dans la même allure disciplinaire, l'état d'anormalité et la possibilité du danger social.** C'est ainsi que M. Foucault montrerait dans le cours de 1975, comment le social se défend contre ce qui le menace par l'émergence d'un **pouvoir de normalisation**, pouvoir qui n'est « ni médical, ni juridique » qui « en lui-même a son autonomie ». Le danger relèverait d'une pensée de la fragilité de l'unité sociale. La médicalisation du social est la réponse des disciplines, dans la société elle-même, aux formes de l'indiscipline qui menacent la société<sup>108</sup>.

Je propose ici d'imaginer, pour entrer en **résonance** avec ce que nous avons dit plus haut, quel pourrait être le **discours produit dans cette logique disciplinaire vis-à-vis des phénomènes de transmission épigénétique de caractères acquis**. Il y a fort à parier qu'il pourrait conduire à fixer plus encore l'anormalité dans l'hérédité. Au lieu de considérer la personne traumatisée comme victime d'un traumatisme, ou dans le même temps qu'elle serait considérée comme telle, elle pourrait être envisagée, à travers sa descendance, comme porteuse de la possibilité de mettre au monde des individus anormaux ou dangereux. Il y a un fort risque dans cette perspective de dérives eugénistes. C'est pourtant le discours subliminal qui commence à apparaître dans les médias<sup>109</sup>. Il y aurait probablement beaucoup à dire sur ce sujet, ainsi que sur les rapports existant entre savoir-pouvoir psychiatrique et pouvoir-savoir médical que M. Foucault analyse comme l'un des effets les plus significatifs de l'émergence du pouvoir disciplinaire dans *Le pouvoir psychiatrique* en 1973-1974<sup>110</sup>.

Seulement, le développement du pouvoir médical excède cette fonction de défense sociale et fait apparaître **un autre sujet des normes pour la société que les individus, la vie**. À partir de 1976, bien que le terme de biopolitique soit apparu en 1974, M. Foucault développe le concept de **biopouvoir**.

---

107 FOUCAULT cité dans *ibid.*, 114-15.

108 *Ibid.*, 120-31.

109 « Traumatismes : sont-ils héréditaires ? | Sciences », ARTE, consulté le 14 septembre 2017, <https://www.arte.tv/fr/videos/071389-000-A/traumatismes-sont-ils-hereditaires>.

110 LE BLANC, *La pensée Foucault*, 139.

Il le fait de façon assez détaillée dans le cours du 17 mars 1976 qu'il a donné au Collège de France dans la série « *Il faut défendre la société* » :

Il me semble qu'un des phénomènes fondamentaux du XIX<sup>e</sup> siècle a été, est ce qu'on pourrait appeler **la prise en compte de la vie par le pouvoir** : si vous voulez, une prise de pouvoir sur l'homme en tant qu'être vivant, une sorte d'étatisation du biologique, ou du moins une certaine pente qui conduit à ce qu'on pourrait appeler l'**étatisation du biologique**. [...] Et je crois que, justement, une des plus massives transformations du droit politique au XIX<sup>e</sup> siècle a consisté, je ne dis pas exactement à substituer, mais à **compléter, ce vieux droit de souveraineté** – faire mourir ou laisser vivre – par un autre droit nouveau, qui ne va pas effacer le premier, mais qui va le pénétrer, le traverser, le modifier, et qui va être un droit, ou plutôt un pouvoir exactement inverse : **pouvoir de « faire » vivre et de « laisser » mourir**. Le droit de souveraineté, c'est donc celui de faire mourir ou de laisser vivre. Et puis, c'est ce nouveau droit qui s'installe : le droit de faire vivre et de laisser mourir<sup>111</sup>.

À côté des techniques de pouvoir qui étaient essentiellement centrées sur le corps individuel, techniques disciplinaires apparues dès la fin du XVII<sup>e</sup> siècle et droit de souveraineté, il existerait depuis la fin du XVIII<sup>e</sup>, une **autre technologie de pouvoir, non-disciplinaire, qui n'exclut pas les premières et qui s'adresse à l'homme-espèce**, à la vie des hommes, le biopouvoir. Il s'applique aux hommes comme masse globale, affectée de processus d'ensemble qui sont propres à la vie. Ces processus sont la naissance, la mort, la production, la maladie, etc. Après l'anatomo-politique du corps, se serait donc développée une biopolitique de l'espèce humaine. Alors que les normes disciplinaires intéressaient la distribution spatiale des corps individuels, l'organisation autour de ceux-ci de tout un champ de visibilité, la majoration de leur force utile, et, la rationalisation et l'économie stricte, le champ d'application du biopouvoir est différent. Il s'intéresse à la maladie, la vieillesse, les accidents, les infirmités et autres anomalies diverses comme phénomènes de « population ». Il prend en compte les relations entre l'espèce humaine et son milieu d'existence. **Il s'exerce à travers des mécanismes régulateurs qui vont fixer un équilibre afin d'optimiser un état de vie**. Il s'agit bien de « prendre en compte la vie, les processus biologiques de l'homme-espèce, et d'assurer sur eux non pas une discipline, mais une régularisation qui consiste à faire vivre et à laisser mourir ».

---

111 FOUCAULT, « *Il faut défendre la société* », 158-59.

C'est dans la disqualification progressive de la mort que ce pouvoir apparaît concrètement, pouvoir exercé par l'État<sup>112</sup>.

Et vous comprenez alors, dans ces conditions, pourquoi et comment un **savoir technique comme la médecine**, ou plutôt l'ensemble constitué par médecine et hygiène, va être au XIXe siècle un élément, non pas le plus important, mais dont l'**importance sera considérable** par **le lien** qu'il établit entre les prises scientifiques sur les processus biologiques et organiques (c'est-à-dire sur la population et sur le corps) et en même temps, dans la mesure où la médecine va être une **technique politique d'intervention**, avec des effets de pouvoir propres. La médecine, c'est un **savoir-pouvoir** qui porte à la fois sur le corps et sur la population, sur l'organisme et sur les processus biologiques, et qui va donc avoir des effets disciplinaires et des effets régularisateurs. D'une façon plus générale, on peut dire que l'élément qui va circuler du disciplinaire au régulateur, [...] c'est la « norme ». [...] La société de normalisation, c'est une société où se croisent selon une articulation orthogonale, la norme de la discipline et la norme de la régulation<sup>113</sup>.

Je ne peux m'empêcher d'esquisser un sourire en lisant ces lignes de M. Foucault et en repensant aux médecins, souvent professeur.e.s, qui s'évertuaient à nous marteler, étudiant.e.s, que « lorsqu'on fait de la médecine, on ne fait pas de politique ». Mais au-delà de cette note ironique, que pouvons-nous retenir de ce paragraphe, sans oublier que notre sujet est la maladie, et non simplement la médecine ?

**Plusieurs éléments** nous paraissent devoir être tirés de celui, essentiels pour la suite de notre réflexion.

**Le premier** concerne la formulation employée par M. Foucault vis-à-vis de la médecine, décrite comme « **savoir technique** », c'est-à-dire comme contenu de connaissance dont l'application est susceptible d'agir sur les processus biologiques et organiques, dans un sens qu'en partie, elle détermine. Je crois que M. Foucault envisage sérieusement **la médecine comme une science**, c'est-à-dire comme une forme de connaissance au sein de laquelle l'expérimentation est possible, dont les énoncés sont falsifiables et qui est capable d'effectuer des prévisions. Il ne s'agit pas, selon moi, dans la pensée de M. Foucault de nier le fait que la médecine parfois nous fait voir les choses telles qu'elles sont et non seulement telles qu'elles nous apparaissent. Il me semble que le propos est plutôt de donner à voir comment et pourquoi **la médecine n'est pas que cela**.

**Le second élément** concerne l'importance du terme « **lien** ». La médecine est un savoir-pouvoir, car elle est aussi, et **en même temps, une technique politique d'intervention**. Un pouvoir agissant. Et lorsque nous considérons, parallèlement à ce qui vient d'être dit, la proposition du cours du 12 mars 1975 selon laquelle : « La prépondérance conférée à la

---

112 FOUCAULT, « Il faut défendre la société ».

113 Ibid., 167.

pathologie devient une forme générale de régulation de la société. La médecine n'a plus aujourd'hui de champ extérieur »<sup>114</sup> ; on prend la mesure de ce que signifie les termes « **importance [...] considérable** ». C'est le **troisième point** que nous voulions souligner. Cette impression que nous avons décrit au début, selon laquelle la médecine en venait à trouver un prétexte de stigmatisation pour chacun, prend ici tout son sens. Si la médecine n'a plus de champ extérieur, il n'est pas étonnant qu'elle parvienne à exercer sur chacun.e son pouvoir disciplinaire ou régulateur. **L'usage de la pathologisation serait une forme actuelle de régulation de la société, au sein d'une société de normalisation qui s'exerce à travers des normes disciplinaires et des normes de régulation.**

**La maladie, sous la forme qu'elle prend dans une société de normalisation, serait, pour une partie, une construction sociale utile aux disciplines et au biopouvoir. Elle est une valeur relative à une norme sociale constituée à l'occasion des relations actuelles entretenues entre la vérité, le savoir et le pouvoir.** Pour autant, est-ce renier en disant cela l'ensemble de l'ordre vital ? Est-ce considérer qu'il n'existe que des interprétations sociales de vécus subjectifs ? En d'autres termes, s'agit-il pour M. Foucault de délester l'ordre humain de l'ordre vital, à la manière de M. Merleau-Ponty<sup>115</sup> ? Nous ne le pensons pas puisque celui-ci écrit en 1974 qu'il faudrait rechercher « la bio-histoire, c'est-à-dire, l'effet, au niveau biologique, de l'intervention médicale ; la trace que peut laisser dans l'histoire de l'espèce humaine la forte intervention médicale qui débute au XVIII<sup>e</sup> siècle »<sup>116</sup>. Si la médecine, comme les autres disciplines, a la possibilité d'agir sur les corps, mais aussi sur les processus biologiques comme biopouvoir, n'est-ce pas qu'elle est capable d'agir sur des normes vitales ? N'est-ce donc pas que ces normes vitales sont quelque chose ? N'y a-t-il pas de ce fait une relation entre les normes sociales et les normes vitales dans une société de normalisation ?

## **La maladie : norme sociale et norme vitale**

Si M. Foucault ne s'attarde pas sur cet aspect, c'est probablement pour deux raisons. La première est que son objet est, désormais, de donner à voir les conditions de possibilité au sein desquelles apparaissent les discours et les concepts à travers l'histoire, et non plus, comme dans ses premiers écrits de comprendre comment se constitue - ou est constituée - la

---

114 LE BLANC, *La pensée Foucault*, 132.

115 LE BLANC, *Canguilhem et la vie humaine*, 79.

116 Michel FOUCAULT, « Histoire de la médicalisation », octobre 1974, 1, [http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/15679/HERMES\\_1988\\_2\\_13.pdf;sequence=1](http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/15679/HERMES_1988_2_13.pdf;sequence=1).

maladie. La seconde raison tient sans doute au fait que cette relation entre les normes sociales et les normes vitales avait déjà été décrite par G. Canguilhem, notamment lorsque celui-ci a précisé en 1963-1966, quand et comment s'est constituée, selon lui, la société de normalisation<sup>117</sup>. M. Foucault lui-même renvoie la découverte du pouvoir de normalisation sociale au livre de G. Canguilhem *Le normal et le pathologique*<sup>118</sup>.

Il est frappant, pour moi, de constater la **proximité des deux auteurs sur ce point** dans les *Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique*, venant compléter vingt ans après, la thèse de doctorat de médecine de G. Canguilhem *Le normal et le pathologique*. Nous souhaitons faire remarquer que si G. Canguilhem évoque la société de normalisation en 1963-1966, 1963 est aussi l'année de parution de *Naissance de la clinique* de M. Foucault. Ce n'est que bien plus tard, dans les années 70, que ce dernier fera référence à cette idée.

**G. Canguilhem commence lui aussi par situer historiquement l'apparition de la « normalisation ».** Il suppose que celle-ci est liée à la réforme des institutions sous l'influence de la Révolution française<sup>119</sup>. Réforme qui se manifeste au sein de l'institution médicale par la réforme hospitalière, et qui s'associe à une réforme pédagogique et à des exigences de rationalisation dans les domaines politique et économique, car « l'intention normative, dans une société donnée, à une époque donnée, ne se divise pas »<sup>120</sup>. Le terme « normal », apparu en 1759, serait passé dans la langue populaire à partir des vocabulaires spécifiques des institutions pédagogique et sanitaire, pour au XIX<sup>e</sup> siècle, en venir à désigner le prototype scolaire et l'état de santé organique. Or, entre l'apparition du mot normal et celle du mot « normalisé » en 1834, une classe sociale aurait conquis le pouvoir d'identifier la fonction des normes sociales avec l'usage qu'elle en faisait, en déterminant elle-même le contenu. De la norme grammaticale au XVII<sup>e</sup> à la rationalisation des moyens de production, l'usage de la norme serait d'abord celui de la bourgeoisie et renverrait à une norme politique, la centralisation administrative au profit du pouvoir royal<sup>121</sup>. « On commence par les normes grammaticales, pour finir par les normes morphologiques des hommes et des chevaux aux fins de défense nationales, en passant par les normes industrielles et hygiéniques »<sup>122</sup>.

---

117 CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, 175.

118 LE BLANC, *La pensée Foucault*, 143.

119 CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, 175.

120 Ibid., 183.

121 Ibid., 181-83.

122 Ibid., 181.

Si M. Foucault associait plus précisément l'apparition du rôle normatif de la médecine à la **centralisation de la discipline médicale** résultant de la fondation de la Société royale de médecine, ce type de phénomène n'a pas pour autant échappé à G. Canguilhem, de même que l'idée d'une **intégration des disciplines dans une volonté de défense sociale**. Il note que la définition des normes hygiéniques révèle l'intérêt politique accordé à la santé des populations envisagée statistiquement, aux conditions d'existence de ces populations et à l'extension uniforme des moyens préventifs et curatifs de la médecine. Pour illustrer la mise en place de ces règles d'hygiène, il use d'un exemple autrichien, étrangement ressemblant à celui que M. Foucault met en avant en contexte français, qui est celui de la création de la Commission impériale de la santé en 1753. Quant à la défense sociale, le paragraphe suivant indique chez G. Canguilhem, une idée d'une grande proximité avec celle que développera plus tard M. Foucault :

Mais, à bien regarder, la normalisation des moyens techniques de l'éducation, de la santé, des transports de gens et de marchandises, est l'**expression d'exigences collectives dont l'ensemble, même en l'absence d'une prise de conscience de la part des individus, définit dans une société historiquement donnée sa façon de référer sa structure**, ou peut-être ses structures, à ce qu'elle estime être son bien singulier.

Il s'agit bien d'une demande sociale d'une défense de l'ordre social, historiquement située et qui ne peut pas être nécessairement rattachée à une prise de conscience des individus, c'est-à-dire à une volonté collective conscientisée. Dès lors, cette « demande sociale » a peut-être plus avoir avec une forme de soubassement, de fond, « d'humus » sur lequel a pu pousser le discours, ou le système de la normalisation. **Les normes sont relatives les unes aux autres et tendent, au moins en puissance, à faire de ce système une organisation**, écrit G. Canguilhem<sup>123</sup>. N'y a-t-il pas dans cette description, une certaine connivence avec celle que fera M. Foucault des disciplines et de leurs relations ?

La description des sociétés de normalisation chez M. Foucault peut-être analysée, nous le détaillerons plus loin, comme une étape préliminaire à la bascule de sa pensée vers une herméneutique du sujet<sup>124</sup>. Chez G. Canguilhem, en revanche, le recours à l'idée de normalisation est l'occasion de confirmer et de préciser les relations entre normes sociales et normes vitales. **Chez l'un, le concept de normalisation nous permet de passer du social au sujet, chez l'autre, il nous permet de passer du social au vital**. Usant de chemins de pensée se tenant sur des plans différents, nous verrons comment, loin de s'opposer, les démarches et

<sup>123</sup> Ibid., 185.

<sup>124</sup> Bernard ANDRIEU, « La fin de la biopolitique chez Michel Foucault »., *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, n° 13-14 (1 septembre 2004), <http://leportique.revues.org/627#authors>.

les doctrines de ces deux hommes s'enrichissent l'une et l'autre<sup>125</sup>. Quel lien ou quelle continuité peuvent donc être envisagées selon G. Canguilhem entre le social et le vital ? C'est ce que j'offre de questionner dans un premier temps, les passages du vital au sujet et du social au sujet (ou plutôt les questions de l'individuation et de la subjectivation, dans l'ordre du vital et dans l'ordre du social) seront examinés dans un second temps.

Dans les *Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique*, d'abord, G. Canguilhem s'oppose à l'analogie entretenue par A. Comte entre le fonctionnement du corps social et celui d'un organisme. **Le rapport aux normes de ces deux ordres n'est pas le même.** L'ordre social est un ensemble de règles dont les dirigeants ont à se préoccuper tandis que l'ordre vital est fait d'un ensemble de règles vécues sans problème. Dans le cas de la société, la régulation est un besoin à la recherche de son organe et de ses normes d'exercice. Pour l'organisme, au contraire, c'est le fait du besoin qui traduit l'existence d'un dispositif de régulation. La norme de vie d'un organisme est donnée par l'organisme lui-même, elle est contenue dans son existence. Les êtres vivants présenteraient trois types de normes spécifiques, les normes de constitution, celles de reconstitution et celles de fonctionnement.

Ensuite, il est question de ré-expliquer l'interprétation du fait que si « le concept de *normal* en biologie se définit objectivement par la fréquence du caractère ainsi qualifié », c'est parce que la fréquence peut-être interprétée comme un « critère actuel ou virtuel de la vitalité d'une solution adaptative »<sup>126</sup>. Après avoir précisé qu'il ne faut pas méconnaître les deux formes de l'adaptation que sont la spécialisation et la variation, G. Canguilhem considère le risque que constitue la conservation du seul premier sens. Cela conduirait à sous-estimer l'orientation adaptative de l'ensemble des vivants considérés dans la continuité de la vie, par la variation des modes de vie pour l'occupation de toutes places vacantes. Il faut bien entendre par là que la vie multiplie d'avance les solutions aux problèmes d'adaptation qui pourront se poser. L'adaptabilité dépend de la variabilité. L'état de plénitude physiologique est défini comme l'état d'équilibre des fonctions intégrées de telle sorte qu'elles procurent au sujet une grande marge de sécurité, une capacité de résistance dans une situation critique.

Pour définir le normal, il faut donc se référer aux concepts d'équilibre et d'adaptabilité, en cela, il faut toujours se demander par rapport à quoi et pour quoi nous devons déterminer l'adaptabilité. C'est-à-dire que pour définir l'état normal, il faut tenir compte du milieu de

---

125 MACHEREY, « Subjectivité et normativité chez Canguilhem et Foucault ».

126 CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, 196.

l'organisme vivant et de ce qu'il doit y faire<sup>127</sup>. Ainsi, « la forme et les fonctions du corps humain ne sont pas seulement l'expression des conditions faites à la vie par le milieu, mais l'expression des modes de vivre dans le milieu socialement adopté »<sup>128</sup>. **Il y aurait une intrication de la nature et de la culture dans la détermination des normes organiques humaines**, c'est-à-dire dans la constitution de formes et de fréquences biologiques, redistribuées ailleurs et autrement sous les termes du normal et du pathologique dans les sociétés de normalisation. Certaines variations biologiques auraient leurs origines dans les activités de l'homme. Certaines pathologies pourraient être le fait du mode de vie social. **Ainsi, le social aurait en même temps qu'un pouvoir de détermination du normal et du pathologique, un pouvoir d'agir sur les normes vitales, y compris sur la survenue de phénomènes biologiques tels que les maladies psycho-somatiques par exemple**<sup>129</sup>.

Nous comprenons à présent ce qui permet à G. Canguilhem d'écrire que le normal n'est pas, et nous dirions ne peut pas être, un concept statique ou pacifique, mais ne peut être que dynamique et polémique<sup>130</sup>. Si la distinction du normal et du pathologique est le fait même des sociétés disciplinaires, et que le biopouvoir peut agir sur les processus biologiques, que sont les normes vitales ? Quelle part reste-t-il à la nature ? Y a-t-il, comme le suggérait M. Foucault dans *Maladie mentale et psychologie*, une expérience fondamentale de la folie, ou une souffrance existentiellement première comme semble parfois le proposer G. Canguilhem en écrivant « l'anormal, logiquement second, est existentiellement premier » ? C'est-à-dire y a-t-il un anormal vital sur lequel se construirait de façon non-superposable un anormal social ? Ou bien, est-ce déjà attribuer des jugements de valeur à la variabilité intrinsèque de la vie ? N'existe-t-il originairement que des modes de vie, des allures de la vie, des capacités d'adaptation ou de spécialisation plus ou moins grandes sur lesquelles notre regard appose ses catégories de jugement ? C'est ce sur quoi nous nous interrogerons dans le chapitre 4 mais avant cela, il nous reste à tirer les conséquences des développements précédents sur certaines des considérations évoquées dans le chapitre *Introduction* et dans le *Chapitre 2 – La pensée médicale dominante contemporaine : analyse du discours pour circonscrire une épistémologie*.

---

127 Ibid., 186-203.

128 Ibid., 203.

129 Ibid.

130 Ibid., 176.

- Concernant l'*Introduction* :

Dans le registre de **la surveillance permanente du corps social** par des disciplines de plus en plus fines, G. Le Blanc note que ces dernières, qui produisent de plus en plus les comportements en les individualisant, réclament un savoir spécifique dont **l'expertise devient la forme d'application**<sup>131</sup>. Ainsi, en construisant le **concept de « santé LGBT »**, la sexualité et la transidentité sont entendues comme des identités attribuables à des individus, et non comme des comportements sociaux susceptibles d'évolution et de variabilité. Il y a bien ce faisant, une **forme de naturalisation, d'essentialisation prétexte au développement d'une expertise**. Cette expertise, développée au sein de l'institution médicale, risque de participer au système de la discipline et me paraît peu susceptible de contribuer à une forme d'émancipation pour les personnes concernées. Probablement est-ce aussi pour cette raison que la position prise par le médecin qui proposait une institutionnalisation médicale de la santé des gays et des lesbiennes au sens où celle-ci serait spécifique (avec des pathologies spécifiques) lors du colloque décrit en introduction m'avait mis.e en colère.

Ces prises de position me semblent d'autant plus importantes qu'elles concernent la sexualité (nous dirions aujourd'hui, le sexe et le genre) dont Foucault avait souligné la posture particulière à l'intersection des disciplines et du biopouvoir. **Sexualité** au sujet de laquelle M. Foucault proposera dans ces dernières œuvres, qu'il n'y aurait **pas d'expérience intemporelle, immémoriale** dont les alternances de la licence et de la répression révéleraient ou masqueraient le fond essentiel. Il n'y aurait **que des dispositifs conjoncturels du sujet désirant, qui en aménage successivement les expériences au cours d'une histoire qui reste constamment ouverte**. Cette position sur la sexualité **suggérerait une position identique au sujet de la folie ou du mal somatique**, évacuant l'idée d'expériences fondatrices<sup>132</sup>.

- À propos du *Chapitre 2* :

Pour conclure cette partie sur la construction sociale de la maladie, je souhaite faire remarquer que **le racisme**, dont j'ai indiqué la présence dans le discours médical ci-dessus, est analysé par M. Foucault comme **ce par quoi peut s'exercer la fonction meurtrière de l'État fonctionnant sur le mode du bio-pouvoir**. Lorsqu'il évoque le racisme, M. Foucault semble

---

131 LE BLANC, *La pensée Foucault*, 145.

132 MACHEREY, « Aux sources « de l'histoire de la folie » »

entendre une façon particulière de nouer la théorie biologique du XIX<sup>e</sup> siècle, l'évolutionnisme, et le discours du pouvoir. Il décrit :

[...] une manière de penser les rapports de la colonisation, la nécessité des guerres, la criminalité, les phénomènes de la folie et de la maladie mentale, l'histoire des sociétés avec leurs différentes classes, etc. [...] on comprend pourquoi le racisme va éclater en un certain nombre de points privilégiés, qui sont précisément les **points où le droit à la mort est nécessairement requis**<sup>133</sup>.

Je pense que M. Foucault envisage le **racisme sous une acceptation très large du terme**, qui pourrait englober au minimum le classisme, que nous avons évoqué plus haut, mais peut-être les autres rapports de domination que nous avons cité et qui ont aussi été justifiés (et le sont parfois encore) par un discours évolutionniste. Lutter contre ces mécanismes de domination, serait-ce lutter contre le biopouvoir en tant que pouvoir sur la vie ? Ce pouvoir sur la vie doit-il être entendu seulement comme pouvoir sur la vie de l'homme, ou comme pouvoir sur la vie des êtres vivants en tant qu'ils sont soumis aux activités humaines ?

---

133 FOUCAULT, « Il faut défendre la société », 170.

## Chapitre 4 – La maladie comme ontologie vitale

Je propose d'entamer cette quatrième partie en prenant à nouveau un **exemple**, celui de **la tuberculose**. La compréhension scientifique actuelle de la tuberculose fait se représenter cette pathologie humaine de la manière suivante : il s'agirait d'une maladie infectieuse due à la contamination du corps humain par une bactérie principale nommée bacille de Koch (ou *bacterium tuberculosis*). Cette bactérie, dont l'existence remonterait à trois millions d'années, aurait été responsable d'épidémies en Europe au XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles. Le stigmat social qui fut longtemps associé à cette maladie se fait encore sentir aujourd'hui chez les personnes qui ont vécu le début du XX<sup>e</sup> siècle, pour lesquelles la tuberculose reste associée à une sorte de tabou ou de honte. Actuellement, la prévalence de la tuberculose en France est faible. L'efficacité du traitement par antibiotiques et l'amélioration des conditions de vie de la population en seraient les principales explications. Les personnes, plus à risque de développer une tuberculose en France de nos jours, seraient : les migrants provenant d'une zone de forte endémie, les personnes dont les conditions socio-économiques sont précaires, les personnes infectées par le VIH<sup>134</sup>.

Je crois que **plusieurs phénomènes s'expriment à travers cet exemple**, qui **viennent résonner** avec ce que nous avons écrit précédemment.

**Tout d'abord**, nous voyons de nouveau comment les **phénomènes de stigmatisation sociale** (ou rapports de pouvoir) **s'expriment à travers les représentations de la maladie**. La formulation des trois facteurs de risque associés à la survenue d'une tuberculose est tirée d'un traité de médecine datant de 2010. Les termes employés (migrants, précarité, VIH), à forte connotation péjorative et ne traduisant aucun lien d'imputabilité physio-pathologique avec la tuberculose, sont pris pour raccourcis des notions suivantes : probabilité élevée d'avoir été en contact avec des personnes atteintes de tuberculose, vie en promiscuité facilitant la transmission par les micro-gouttelettes émises lors de la toux, dénutrition diminuant l'immunité, accès limité aux soins expliquant l'absence de vaccination ou de dépistage, pénibilité des conditions de travail dont l'environnement est propice au développement de l'infection, immunodépression cellulaire, et, à plus forte raison, association

---

134 Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT), *E.PILLY - Maladies Infectieuses et tropicales*, Vivactis Plus Ed, 2010, 323.

de ces éléments. Il me semble que le type d'énonciation, usité dans ce manuel, a probablement plus à voir avec l'exercice du biopouvoir qu'avec la recherche d'une forme de rigueur scientifique.

**Secondairement**, les épidémies de tuberculose ont été l'occasion de **développement de normes d'hygiène et de procédures d'exclusion des malades dans les sanatoriums**. Il ne s'agit pas pour nous de remettre en cause le rôle probable de ces mesures dans le recul de la tuberculose, bien au contraire, il nous semble que **leur efficacité est un argument supplémentaire du lien entre normes sociales et normes vitales**.

Mais il nous paraît tout aussi évident que la tuberculose devait avoir **chapitre dans** chacun des traités médicaux grâce auxquels M. Foucault a pu décrire **l'apparition du système disciplinaire**. C'est le **troisième élément** que nous voulions souligner.

Le **quatrième point** nous conduira directement au cinquième. Il s'agit de la **réduction des explications de la régression de la tuberculose aux deux seules raisons que sont l'efficacité des antibiotiques et l'amélioration des conditions de vie**. Pourtant, M. Foucault lui-même citait d'autres pistes :

Autre cas fameux, celui de la tuberculose. Pour 700 malades qui mourraient de la tuberculose en 1812, seulement 350 subissaient le même sort en 1882, lorsque Koch découvrit le bacille qui devait le rendre célèbre ; et lorsqu'en 1945 on introduisit la chimiothérapie [l'antibiothérapie], le chiffre s'était réduit à 50. Comment et pour quelle raison s'est produit ce recul de la maladie [le premier] ? Quels sont, au niveau de la bio-histoire, les mécanismes qui interviennent ? Il ne fait aucun doute que le changement des conditions socio-économiques, **les phénomènes d'adaptation, de résistance de l'organisme, l'affaiblissement du bacille lui-même**, comme les moyens d'hygiène et d'isolement jouèrent un rôle important. Les connaissances à ce sujet sont loin d'être complètes, mais il serait intéressant d'étudier l'évolution des **relations entre l'espèce humaine, le champ bacillaire ou viral et les interventions de l'hygiène, de la médecine, des différentes techniques thérapeutiques**.

Dès 1930, C. Nicolle décrit un processus de naissance, vie et mort des maladies infectieuses au niveau de l'individu humain, de l'espèce humaine et à travers l'histoire. La maladie infectieuse porte les caractères de la vie. Elle disparaît parfois du simple fait de son cycle de vie. Pourquoi n'est-il que rarement fait mention de cette conception dans les traités de médecine contemporains ? De nombreuses explications peuvent être avancées. Cette théorie a-t-elle été infirmée depuis ? Pas que je sache, au contraire, elle semble avoir tout son sens dans la compréhension actuelle des maladies émergentes<sup>135</sup>. Peut-être pouvons-nous invoquer la complexité d'une telle vue, ou bien la référence habituelle au modèle étiologico-

---

135 « Maladie émergente », *Wikipédia*, 20 août 2017, [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Maladie\\_%C3%A9mergente&oldid=139909159](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Maladie_%C3%A9mergente&oldid=139909159).

thérapeutique dominant qui considère l'origine de la maladie comme stable<sup>136</sup>, ou encore la parution du livre de René Dubos qui décrivait la tuberculose comme le type même de la maladie sociale<sup>137</sup> ? Quoiqu'il en soit, à moins de mettre en cause le fait que la science soit dans le vrai, en associant la présence du bacille de Koch dans le corps humain à l'expression des symptômes de la maladie tuberculose, ce qui ne paraît pas raisonnable actuellement, une chose semble assez logique. La bactérie est vivante. L'humain est vivant. **La maladie infectieuse de l'homme est donc, au minimum, l'expression de la rencontre de deux êtres vivants.**

Nous arrivons ainsi à notre **cinquième point**. Il y a bien **quelque chose d'autre qui se joue sous la surdétermination sociale de la maladie humaine, quelque chose de l'ordre du vivant**. Nous en revenons à nous demander s'il y a une expérience fondamentale de la maladie, de la douleur ? Que sont donc ces normes vitales que nous avons évoqué ci-dessus à plusieurs reprises ? Y aurait-il un normal et un pathologique, biologiques et objectifs, sous ceux qui peuvent être dits socialement construits ? Et quelle est alors cette relation qui irait de l'un à l'autre, et de l'autre à l'un ?

Le **sixième et dernier point** concerne la proposition de M. Foucault de faire une **bio-histoire**. Cette proposition nous semble assez proche de l'activité émergente de l'éco-épidémiologie. Cette discipline récente, transversale entre l'écologie, la médecine et la science vétérinaire, étudie « comment les modifications environnementales des activités humaines influent sur la santé humaine ou animale et s'intéresse aux relations écologiques entre les facteurs de pathogénicité, les populations-cibles et l'environnement »<sup>138</sup>. Le cas de la tuberculose est assez exemplaire des problèmes ainsi posés. Les antibiothérapies utilisées comme bactéricides du bacille de Koch ont probablement été un des éléments majeurs ayant conduit à l'émergence de bacilles de Koch multi-résistants aux antibiotiques. **L'action humaine, en essayant d'éradiquer une bactérie a, semble-t-il, favorisé la sélection et l'expansion de nouvelles bactéries.**

---

136 Celui-ci est décrit par F. Laplantine comme étant constitué par la constellation « ontologique-exogène-maléfique ». Cela signifie qu'il consiste à se représenter les maladies comme résultant de l'agression d'un agent externe, auxquelles répondent des actions thérapeutiques de la « contre-agression » de nature allopathique. Dans ce modèle, la maladie est un non-sens, une aberration et le malade ne participe pas ni à sa survenue ni à son propre traitement.

137 « Tuberculose humaine », *Wikipédia*, 23 août 2017, [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Tuberculose\\_humaine&oldid=140008426](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Tuberculose_humaine&oldid=140008426).

138 « Éco-épidémiologie », *Wikipédia*, 25 août 2017, <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%89co-%C3%A9pid%C3%A9miologie&oldid=140059321>.

À mon avis, ces situations multiples et complexes, devraient nous obliger à **penser à nouveau les êtres vivants comme éléments d'un écosystème, comme éléments d'un tout.**

## **- Les origines et les conséquences de la normativité vitale chez G. Canguilhem**

Je crois que nous commençons à apercevoir à quel point **la notion de maladie est une notion surdéterminée** et ce qui fait que « le problème des structures et des comportements pathologiques chez l'homme est immense » comme l'écrit G. Canguilhem en introduction de sa thèse sur *Le normal et le pathologique*<sup>139</sup>. Et puisque c'est à partir de sa pensée que nous avons établi la relation entre normes sociales et normes vitales, nous reprenons l'examen que celui-ci fait des notions de normal et de pathologique pour essayer d'appréhender ce que seraient, dans sa pensée, ces normes vitales.

La préface de la 2e édition de l'ouvrage *Le normal et le pathologique* signale d'emblée, selon moi, **trois éléments importants.**

Le **premier** concerne les **travaux de Hans Selye sur le stress** et les réactions hormonales d'adaptation et d'alarme qui en résulte. G. Canguilhem considère ces travaux comme une médiation possible entre, les thèses de Kurt Goldstein qui décrit les maladies comme des comportements catastrophiques, et, celles de René Leriche qui les comprend comme des désordres physiologiques se localisant dans l'anomalie histologique. Si j'insiste sur l'introduction de cette théorie dans les références de G. Canguilhem, c'est qu'elle me permet, avec les considérations précédentes issues de la pensée de M. Foucault, de **faire éclore une partie du sens de l'aporie signalée en Introduction de ce travail** (cf.p.13). Celle-ci consiste dans le paradoxe que nous ne parvenions pas à résoudre entre l'idée de G. Canguilhem, que l'état sain est la capacité à créer de nouvelles normes, et celle issue d'une pensée post-foucaldienne et des données de l'épidémiologie, que le sujet « hors-norme », ou créateur de nouvelles normes de vie, est plus vulnérable en termes de maladies. Ce serait le cas, par exemple, des personnes LGBT. La suite de l'exploration du travail de G. Canguilhem me fera préciser le sens de la première partie de la proposition tandis que les travaux de H. Selye me permettent d'envisager la seconde. En effet, il est fait usage de cette théorie dans celle du stress minoritaire de Ilan Meyer. Celui-ci suggère que les individus « minoritaires » - je dirais créateurs de nouvelles normes - qui subissent un **haut niveau de préjudice social,**

---

139 CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, 7.

développent en conséquence, des **réactions de réponse au stress** (hypertension, anxiété, etc.) **qui s'accumulent avec le temps** et conduisent à une **survenue plus fréquente de pathologies** somatiques et mentales<sup>140</sup>. Autrement dit, « ces réactions normales (c'est-à-dire biologiquement favorables) finissent par user l'organisme dans le cas de répétitions anormales (c'est-à-dire statistiquement fréquentes) des situations génératrices de la réaction d'alarme »<sup>141</sup>. Nous verrons plus loin en *Conclusion* éclore le reste du sens de cette apparente difficulté.

Le **second élément** consiste en ce que G. Canguilhem confirme qu'il n'y a **pas, pour lui, de différence ontologique entre une forme vivante réussie et une forme manquée**<sup>142</sup>. Ceci nous oriente immédiatement vers une première réponse aux questions que nous nous posons. Il semble qu'il n'y ait pas, au niveau du vivant, du point de vue de la vie, de forme normale et de forme pathologique. Il n'y aurait donc **pas d'essence biologique du normal et du pathologique**. C'est ce sur quoi nous allons nous pencher dans cette partie sur *Les conséquences de la normativité vitale*.

Le **dernier élément**, quant à lui, se présente comme le signe d'une attention particulière à une question dérivée secondairement des considérations de G. Canguilhem dans son ouvrage, et qui est celle de l'introduction de « l'Histoire dans la vie »<sup>143</sup>. Il nous évoque, en plus de la question du passage du social au vital, le **difficile problème de la relation entre le temps de l'espèce et celui de l'individu, entre l'hérédité et la vie de l'organisme**. C'est un des aspects que nous développerons dans la seconde partie sur *Les corollaires de l'individuation organique*.

Mais, voyons d'abord, ce qui permet à G. Canguilhem d'affirmer l'équivalence ontologique des formes du vivant à travers la progression que celui-ci opère dans *Le normal et le pathologique*. En introduction, il signale qu'il se concentrera principalement sur la nosologie somatique pour son exposé, en empruntant si besoin à la psychopathologie et à la tératologie.

---

140 « Ilan Meyer », *Wikipedia*, 9 août 2017, [https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Ilan\\_Meyer&oldid=794683487](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Ilan_Meyer&oldid=794683487); « Minority stress - Wikipedia », consulté le 3 septembre 2017, [https://en.wikipedia.org/wiki/Minority\\_stress#cite\\_note-Meyer.2C\\_2003-1](https://en.wikipedia.org/wiki/Minority_stress#cite_note-Meyer.2C_2003-1).

141 CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, 4.

142 Ibid.

143 Ibid., 5.

## La maladie : variation quantitative de l'état normal ?

En première partie, il propose de ré-examiner la thèse selon laquelle les phénomènes pathologiques sont des phénomènes normaux, aux variations quantitatives près<sup>144</sup>. En préambule de celle-ci, il rappelle l'influence de certaines composantes affectives ou logiques dans les représentations de la maladie. Le caractère rassurant de certaines représentations de la maladie (d'autant plus important que la perception de la nature ne permet d'en attendre rien de bon) ou la hiérarchie vulgaire des maladies (fondées sur la plus ou moins grande facilité d'en localiser les symptômes) sont des données que nous retrouvons dans les travaux d'anthropologie de la maladie<sup>145</sup>. À une première conception ontologique et localisationniste de la maladie s'opposerait une conception hippocratique dynamique et totalisante selon laquelle la maladie ne serait pas seulement un déséquilibre ou une dysharmonie mais un effort de la nature en l'homme pour obtenir un nouvel équilibre. La pensée médicale oscillerait de l'une à l'autre. Leur point commun serait la **situation polémique de l'être malade**, car l'organisme demeure en lutte, que ce soit contre un être externe ou contre lui-même<sup>146</sup>.

Suit une **histoire des sciences**. La méthode de G. Canguilhem se distingue de celle de M. Foucault. Il s'agit pour lui de retracer comment des savants se sont confrontés au débat du vrai et du faux, avec les moyens dont ils disposaient, par rectifications successives, sans savoir au départ précisément où ils allaient<sup>147</sup>. Il décrit comment Thomas Sydenham, Etienne Geoffroy Saint-Hilaire et P. Pinel ont participé à l'établissement de la nosographie. Entre-temps, Jean-Baptiste Morgagni ayant créé l'anatomie pathologique, il était dès lors possible pour établir la classification nosographique de trouver un substrat anatomique. Puis, William Harvey découvrit la circulation sanguine, et avec les travaux d'Albrecht von Haller, la physiologie apparut comme une anatomie animée. La pathologie vint alors prolonger la physiologie. Dans la suite (rétrospectivement) logique de ces idées, les phénomènes pathologiques vont être assimilés à des variations quantitatives du normal. A. Comte affirme l'identité du normal et du pathologique, concevant le passage du pathologique au normal comme purement conceptuel. Claude Bernard, quant à lui, propose une interprétation quantitative et numérique du passage du normal au pathologique. Le présupposé associé à

---

144 Ibid., 8-9.

145 Ibid., 11-12; LAPLANTINE, *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*.

146 CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, 12.

147 MACHEREY, « Subjectivité et normativité chez Canguilhem et Foucault ».

cette vision est que « les lois étudiées dans cet état exagéré sont identiques à celles de l'état naturel ». Mais, G. Canguilhem propose aussi l'étude du discours de R. Leriche qui, bien que plus discuté, recèlerait, dans une perspective historique, « des profondeurs et une portée insoupçonnées »<sup>148</sup>.

Car il s'agit d'une **histoire critique des sciences**. Dans les sous-parties qui suivent, G. Canguilhem s'attache à examiner de façon critique comment se sont construits et se sont imbriqués les paradigmes de la pensée médicale, historiquement en France, aux XVIII-XIX<sup>e</sup> siècles. Il s'intéresse d'abord à A. Comte chez lequel il relève une incohérence dans le raisonnement. A. Comte utilise le concept d'harmonie pour définir le normal, concept qualitatif, polyvalent, esthétique et moral plus que scientifique, alors même que celui-ci souhaite nier la différence qualitative que font les vitalistes entre normal et pathologique. Cette confusion proviendrait de l'influence de François Broussais. Ce dernier décrit la vie comme s'entretenant sous l'action de multiples sources d'excitation. La pathologie serait le résultat soit d'une absence d'excitation soit d'une excitation en excès (irritation). Ce faisant, écrit G. Canguilhem, il **confond la cause qui peut varier quantitativement et l'effet qualitativement différent**. Il y a dans les notions d'excès et de défaut, un caractère qualitatif et normatif implicite, d'où proviendrait « l'idéal de perfection qui plane sur cette tentative de définition positiviste ». Cette ambiguïté était déjà présente dans les travaux, encore antérieurs, de M. F. X. Bichat<sup>149</sup>.

Vient ensuite l'examen de la pensée de Cl. Bernard. G. Canguilhem remarque que le livre de Cl. Bernard sur le diabète porte autant sur les faits cliniques et expérimentaux que sur la « morale » d'ordre méthodologique et philosophique qu'il faut en tirer. Ce qu'il lui reproche, c'est « le **glissement conceptuel qui le fait passer sans aucune justification d'un langage descriptif – voire explicatif – à un langage normatif** »<sup>150</sup>. Celui-ci proviendrait à nouveau d'une confusion. Cl. Bernard ferait usage des deux concepts d'homogénéité et de continuité indifféremment alors qu'ils sont distincts. Pour lui, l'exemple de la glycémie dans le cas du diabète, lui permet d'affirmer qu'il y a continuité et homogénéité entre l'état non-diabétique et l'état diabétique. C'est la position par rapport à la norme glycémique qui définit de quel état il s'agit. Ce faisant, il **ne conçoit pas qu'il puisse y avoir continuité mais originalité, et non identité**. Il y a de nouveau une **collusion entre concepts quantitatif et qualitatif**. G.

---

148 CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, 12-17.

149 Ibid., 19-29.

150 Paul-Antoine MIQUEL, *Le vital*, Kimé, Philosophie en cours (Paris, 2011), 83.

Canguilhem ne considèrent pas que les conclusions de Cl. Bernard sont erronées, mais insuffisantes et partielles, qu'elles procèdent de l'extrapolation illégitime d'un cas peut-être privilégié (l'expérience en laboratoire), et plus encore d'une maladresse dans la définition du point de vue adopté (confusion point de vue du malade et point de vue du médecin). Il use alors des travaux de K. Goldstein pour arguer que la **continuité** de l'état normal et pathologique n'est **pas réelle** dans le cas des maladies infectieuses, **non plus que l'homogénéité** dans le cas des maladies nerveuses qui procèdent aussi d'une modification de la personnalité du malade. C'est une généralisation injustifiée qui conduit Cl. Bernard à envisager le passage du normal au pathologique comme un simple dépassement d'une norme numérique, quantitative. Faisant **disparaître la différence qualitative qui distingue le normal du pathologique**, il supprimerait l'objet même de la médecine.

C'est à l'occasion de cet éclaircissement que G. Canguilhem introduit ces propres réflexions vis-à-vis de la question de la norme dans la définition du normal et du pathologique :

En toute rigueur, une norme n'existe pas, elle joue son rôle qui est de dévaloriser l'existence pour en permettre la correction. Dire que la santé parfaite n'existe pas, c'est seulement dire que **le concept de santé n'est pas celui d'une existence mais d'une norme** dont la fonction et la valeur est d'être mise **en rapport avec l'existence** pour en susciter la modification. Ça ne signifie pas que santé soit un concept vide<sup>151</sup>.

Puis, il poursuit le raisonnement précédent. La progressivité d'un avènement n'exclut pas l'originalité d'un événement. Même si la science montre que la maladie s'installe progressivement, initialement silencieuse, cela ne signifie pas qu'elle n'ait pas été d'abord une **nouvelle allure de la vie**, une nouvelle façon pour l'organisme de se comporter relativement au milieu. Il faut rappeler le fait primordial qui est que c'est parce que l'homme se sentait vivre d'une autre vie, même au sens biologique du mot, qu'il en a cherché la cause. Le fait pathologique n'est saisissable comme tel, qu'**au niveau de la totalité organique relativement à un milieu** et s'agissant de l'homme, au niveau de la totalité individuelle consciente. De ce fait, ce n'est pas parce que la médecine contemporaine considère quasiment toujours l'expérience directe du malade comme négligeable, voire comme systématiquement falsificatrice du fait pathologique objectif, qu'elle est légitime à remettre en question le fait que celui-ci se sente autre, car c'est bien cela la pathologie, écrit G. Canguilhem<sup>152</sup>. Par suite, ce n'est pas parce qu'elle est souvent capable de rectifier l'opinion du malade sur pourquoi et

---

151 CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, 41.

152 Ibid., 32-51.

comment il est autre, qu'elle doit nier le fait qu'il se sente autre lorsqu'elle n'est pas en mesure de lui fournir les explications du comment et du pourquoi.

Cette invalidité du jugement du malade concernant la réalité de sa propre maladie est aussi un argument de poids dans la théorie de R. Leriche, que G. Canguilhem analyse ensuite. Celui-ci serait l'auteur de l'illustre formule : « La santé, c'est la vie dans le silence des organes ». À prendre dans son plein sens et initial, elle signifiait que la définition de la santé, comme celle de la maladie, est celle du malade et non celle du médecin. Toutefois, **R. Leriche** rectifiera rapidement la définition de la maladie car si celle-ci est valable du point de vue de la conscience, écrit-il, elle ne l'est pas du point de vue de la science. Le malade, parfois, ne sait pas qu'il est malade. Par conséquent, il propose que « si l'on veut définir la maladie, il faut la déshumaniser » car « dans la maladie ce qu'il y a de moins important au fond, c'est l'homme ». Pourtant, note-t-il, c'est bien parce que des hommes se sentent malades qu'il y a une médecine et non parce qu'il y a des médecins que les hommes apprennent d'eux leurs maladies. Il s'agit de distinguer le point de vue statique et le point de vue dynamique en pathologie, et de garder au second son caractère de primauté. Prenant l'exemple des calculs biliaires qui peuvent ne pas se manifester pendant des années mais constituent tout de même une lésion pour l'anatomie pathologique, il conclut que la **lésion ne suffit pas à faire la maladie du malade**. Ce faisant, il **fait à nouveau coïncider maladie et malade mais seulement dans la science du physiologiste**, pas dans la conscience de l'homme concret.

Cette première coïncidence permet à G. Canguilhem d'en tirer une seconde. R. Leriche, comme Cl. Bernard, affirme la continuité et l'indiscernabilité des états physiologique et pathologique. Pourtant, au sujet de la douleur, R. Leriche propose la thèse selon laquelle celle-ci « n'est pas dans le plan de la nature » et qu'elle est « un phénomène individuel monstrueux et non une loi de l'espèce. Un fait de maladie ». La douleur n'existe pas à l'état sain pour R. Leriche, elle est une qualité particulière au pathologique. C'est donc qu'il y a bien une différence de qualité, et non seulement de quantité. De plus, **la douleur est la résultante du conflit d'un excitant et de l'individu entier**. Elle ne peut être isolée du sujet qui la vit. L'homme fait sa douleur, comme il fait sa maladie et comme il fait son deuil, plutôt qu'il ne la reçoit ou ne la subit. Selon G. Canguilhem, R. Leriche ne voit pas d'autres solutions pour définir la maladie que par ses effets. Or l'un au moins, la douleur, nous fait quitter la science abstraite pour la conscience concrète. Cela **permet de faire, à nouveau, concorder la**

**maladie avec le malade lui-même**, puisqu'il y a participation et collaboration de tout l'individu à sa douleur. La douleur-maladie est qualifiée de « comportement »<sup>153</sup>.

Dans le chapitre V – *Les implications d'une théorie* de la première partie de sa thèse *Le normal et le pathologique*, G. Canguilhem rattache l'idée selon laquelle l'état pathologique ne serait qu'une variation quantitative de l'état normal, aux autres idées de l'époque. C'est que « la médecine, a dit Sigerist, est des plus étroitement liée à l'ensemble de la culture, toute transformation dans les conceptions médicales étant conditionnée par des transformations dans les idées de l'époque »<sup>154</sup>.

Ainsi, au XVIII<sup>e</sup> siècle, c'est une médecine dualiste qui dominait. La santé et la maladie se disputaient l'homme comme le bien et le mal se disputaient le monde. Au XIX<sup>e</sup> en revanche, la médecine prend un caractère résolument moniste probablement à associer à la **conviction rationaliste qu'il n'y a pas de réalité du mal**. Néanmoins, cela ne retire pas le fait qu'il existe des valeurs négatives aux valeurs vitales, même si elles ne viennent pas du démon ou du péché, écrit G. Canguilhem. Cela ne signifie pas que l'état pathologique ne soit rien d'autre que l'état normal.

Quant à la conviction que, **toute action de l'homme sur le milieu et sur lui-même**, peut, et doit, devenir **entièrement transparente à la connaissance** du milieu et de l'homme, et ne devrait être normalement que la mise en application de la science préalablement établie, elle proviendrait du **courant humaniste**. Elle est cependant la négation du fait que les innovations théoriques proviennent souvent d'un contexte pratique, la négation de notre incapacité à tout prévoir. Celle-ci proviendrait de l'autorité prégnante du **déterminisme clos de Laplace**. Sans nier que l'empirisme et la méthode expérimentale soient en partie dans le vrai, G. Canguilhem leurs reproche d'être tentées de trop se rationaliser. Les physiologistes auraient emprunté, avec retard, les présupposés de la physique. Selon G. Canguilhem, c'est pour obéir à l'esprit des sciences physiques, qui ne peuvent expliquer les phénomènes qu'en les sous-tendant de lois, que par leur réduction à une commune mesure, que les phénomènes pathologiques ont été réduits à de simples variations quantitatives du normal, mais **cette thèse apparaît bien insuffisante**.

---

153 Ibid., 51-57.

154 Ibid., 61.

Pourtant, je crois que c'est probablement dans de telles conceptions que prennent racines les postulats du physicalisme réductionniste, mais une fois encore, convertir la continuité en homogénéité ne fait pas disparaître la différence qui éclate aux extrêmes, sans lesquels les intermédiaires n'auraient point à jouer leur rôle de médiation<sup>155</sup>.

## La maladie : mode de vie rétréci et valeur vitale

De la première conclusion que G. Canguilhem admet à la fin de la première partie, il tire une seconde question, fil rouge de la suite de l'ouvrage *Le normal et le pathologique*. S'il existe bien une différence qualitative entre le normal et le pathologique, y a-t-il, pour autant, des sciences du normal et du pathologique ? Cette question nécessite au préalable de définir quel type de différence qualitative distingue le normal du pathologique.

En introduction au problème, il reprend les conclusions de K. Goldstein pour affirmer à nouveau qu'**en matière de pathologie, la seule norme qui vaille est la norme individuelle**. Il emprunte ensuite celles d'Eugène Minkowski, s'inspirant lui-même de H. Bergson, pour soutenir qu'**il est obligatoire de traiter la maladie somatique et la maladie psychique de la même manière**. C'est ensuite à Karl Jaspers que G. Canguilhem se réfère pour aborder le **concept de maladie comme jugement de valeur virtuel**. La maladie serait un concept général de non valeur qui comprendrait toutes les valeurs négatives possibles. Être malade serait ainsi être nuisible, être indésirable, ou être socialement dévalué, etc. Notons qu'apparaît encore ici le lien entre les normes sociales et les normes vitales. Inversement, ce qui serait désiré dans la santé comme valeur, ce serait la vie longue, la capacité de reproduction, la capacité de travail physique, la force, la résistance à la fatigue, l'absence de douleur. Autrement dit, un état dans lequel le corps se remarque le moins possible en dehors du joyeux sentiment d'existence. En conséquence de cela, guérir serait ramener à la norme, dans ces normes. Or, **la norme, le médecin l'emprunte usuellement à sa connaissance de la physiologie**, dite science de l'homme normal, **à son expérience vécue des fonctions organiques et à la représentation commune de la norme dans un milieu social à un moment donné**. Sans surprise, ces trois autorités correspondent plus ou moins directement aux trois dimensions de la maladie : sociale, vitale et subjective. Celle qui l'emporte comme référence médicale serait la physiologie, et c'est sur cet aspect que va s'attarder G. Canguilhem. La physiologie se réfère à des constantes qualifiées de 'normales' du fait de leur

---

155 Ibid., 62-66.

caractère moyen, de leur fréquence mais aussi de leur caractère d'idéal dans l'activité normative qu'est la thérapeutique<sup>156</sup>.

Ces considérations conduisent à un examen critique de quelques concepts : du normal, de l'anomalie et de la maladie, du normal et de l'expérimental. L'**équivoité du terme « normal »** est, en premier lieu, rappelée. Selon le dictionnaire de philosophie d'André Lalande, il désigne à la fois un fait et une valeur attribuée à ce fait par celui qui parle, en vertu d'un jugement d'appréciation qu'il prend à son compte. Cette équivoité serait facilitée par la **tradition philosophique réaliste** selon laquelle la généralité est le signe d'une essence et la perfection, la réalisation de cette essence. La généralité en fait observable serait par conséquent la perfection réalisée, tandis que le type commun équivaldrait au type idéal. De la même façon, **en médecine, l'état normal confond l'état habituel et l'état idéal**<sup>157</sup>.

De cette équivoité jugée insuffisamment explorée, et de ce qui a déjà été énoncé jusqu'alors, G. Canguilhem tire la chose suivante :

Nous pensons que la **médecine** existe comme **art de la vie** parce que **le vivant humain qualifie lui-même comme pathologiques**, donc comme devant être évités ou corrigés, **certain états ou comportements appréhendés, relativement à la polarité dynamique de la vie, sous forme de valeur négative**. Nous pensons qu'en cela, **le vivant humain prolonge**, de façon plus ou moins lucide, **un effort spontané, propre à la vie**, pour lutter contre ce qui fait obstacle à son maintien et à son développement pris pour normes<sup>158</sup>.

À partir de là, quasiment tout est dit des bases de la thèse que soutient G. Canguilhem. Il s'agit surtout par la suite de la développer, de la détailler. Dès à présent, celui-ci prévient qu'il ne faut tomber dans l'anthropomorphisme en parlant de **normativité biologique** et de **polarité dynamique de la vie**. C'est bien la vie qui est, en fait, une activité normative, au sens de ce qui institue des normes. C'est la vie elle-même, et non le jugement médical, qui fait du normal biologique un concept de valeur, et non un concept de réalité statistique. La vie est une activité polarisée dont la médecine prolonge, en lui apportant la lumière relative mais indispensable de la science humaine, l'effort spontané de défense et de lutte contre tout ce qui est de valeur négative<sup>159</sup>. Valeur négative qui n'a de sens que relativement à un milieu d'existence.

L'examen des **termes « anomalie » et « anormal »**, et, de leur **rapprochement**, révélerait une **erreur d'interprétation étymologique**. Il y aurait eu confusion concernant la provenance

---

156 Ibid., 72-74.

157 Ibid., 77.

158 Ibid.

159 Ibid., 81.

du terme « anomalie ». Il aurait été, à tort, affilié au terme latin *nomos* qui signifie loi – comme *a-nomos* – et dont le sens est très proche du terme latin *norma*, qui signifie règle, dont dérive le terme « normal ». En réalité, il semble que le terme « anomalie » vienne du grec *anomalia* – soit *an-omalos* – qui signifie inégalité, aspérité, rugueux, irrégulier, puisque *omalos* désigne ce qui est uni, égal, lisse. **Or, cela nuance la sémantique puisque « anomalie » désigne alors un fait, tandis que « anormal » implique une référence à une valeur.** L'anomalie dès lors devient le fait de la variation individuelle qui empêche deux êtres de pouvoir se substituer l'un à l'autre de façon complète. La diversité n'est pas la maladie ; l'anormal n'est pas le pathologique. Pour qu'il y ait pathologique, il faut qu'il y ait *pathos*, c'est-à-dire un sentiment direct et concret de souffrance et d'impuissance, un sentiment de vie contrariée. En ce sens, le pathologique, c'est bien l'anormal. **Mais l'équation entre les termes « maladie », « pathologique » et « normal » n'est pas encore entièrement posée.** D'une part, il peut être assez facilement dit qu'une maladie - un rhume par exemple - est normale. Cela pour trois raisons, sa fréquence statistique, son caractère commun et bénin, et même son rôle dans le développement de l'immunité, qui renforcerait l'organisme vis-à-vis d'infections ultérieures. D'autre part, l'anomalie éclate dans la multiplicité spatiale quand la maladie survient dans la succession chronologique. Ce n'est que lorsque l'anomalie est prise relativement à ses effets qu'elle devient « infirmité » :

Infirmité est une notion vulgaire mais instructive. **On naît ou on devient infirme. C'est le fait de devenir tel, interprété comme déchéance irrémédiable, qui retentit sur le fait de naître tel.** Au fond, il peut y avoir pour un infirme une activité possible et un rôle social honorable. Mais la limitation forcée d'un être humain à une condition unique et invariable est jugée péjorativement, par référence à l'idéal normal humain qui est l'adaptation possible et voulue à toutes les conditions imaginables. C'est l'abus possible de la santé qui est au fond de la valeur accordée à la santé [...]. **L'homme normal, c'est l'homme normatif, l'être capable d'instituer de nouvelles normes, même organiques.** Une norme unique de vie est ressentie privativement et non positivement<sup>160</sup>.

Ce serait parce que des hommes sont devenus, au cours de leur vie, infirmes, et l'auraient vécu comme une restriction de leurs possibilités, que l'infirmité, même congénitale, serait jugée péjorativement. C'est la moindre capacité d'adaptation qui est ressentie négativement, car **l'homme normal, ce serait l'homme normatif, l'homme capable d'instituer de nouvelles normes, sociales ou organiques**<sup>161</sup>. C'est d'abord l'expérience de la réduction de ses propres capacités d'adaptation qui aurait conduit l'homme, secondairement, à donner une valeur négative à tout mode de vie dont les capacités lui apparaissent réduites. **L'anomalie**

<sup>160</sup> Ibid., 87.

<sup>161</sup> Ibid. 106. G. Canguilhem utilise, pour montrer les capacités d'institution de nouvelles normes biologiques au niveau individuel, l'exemple de yoguis hindous qui parviennent à une maîtrise presque intégrale des fonctions de la vie végétative.

**n'est pas primitivement maladie du point de vue de la vie, elle est variation. Elle « peut verser » dans la maladie**, et il n'est pas aisé de déterminer à quel moment l'anomalie « se tourne » en maladie, ni de quel point de vue elle le devient. Le problème de la distinction entre l'anomalie et l'état pathologique, renvoie finalement au **problème général de la variabilité des organismes, de la signification et de la portée de cette variabilité**<sup>162</sup>.

Pour envisager cette signification, G. Canguilhem prend l'**exemple de la disparition des papillons gris au bénéfice des papillons noirs dans certains districts industriels allemands et anglais**. Selon les circonstances, ère pré-industrielle ou industrielle, telle ou telle variation était un avantage ou non. Les papillons gris, ayant plus de vigueur, s'en sortaient mieux que les papillons noirs à l'ère pré-industrielle. Mais, lorsque l'écorce des arbres a pris une teinte plus foncée à l'ère industrielle, les papillons noirs, qui se fondaient dans celle-ci, sont devenus avantagés. **La valeur de la norme instituée par la vie n'a de sens que relativement au milieu dans lequel s'inscrit le vivant**. La vie est d'abord variation, puis interaction avec le milieu et enfin, spécialisation. Mais elle reste toujours variation, car le milieu change perpétuellement, et c'est son assurance contre la spécialisation excessive, sans réversibilité et donc sans souplesse, qu'est au fond une adaptation réussie. **La vie est toujours prise entre ses deux formes d'adaptation, adaptation-variation et adaptation-spécialisation**. « Le normal, en matière biologique, ce n'est donc pas tant la forme ancienne que la forme nouvelle, **si** elle trouve les conditions d'existence dans lesquelles elle paraîtra normative, c'est-à-dire déclassant toutes les formes passées, dépassées et peut-être bientôt dépassées »<sup>163</sup>. Il me semble dès lors que **le normal ne peut se définir que relativement au milieu, comprenant les autres membres de l'espèce (c'est-à-dire selon une composante spatiale), et, relativement à soi-même et à l'espèce (à travers une composante temporelle)**. En effet, il s'agit de « paraître » normatif. L'idée d'une comparaison est donc incluse dans la définition même du normal. Le milieu, quant à lui, est dit normal pour le vivant qui déploie le mieux sa vie, le mieux sa propre norme. Le pathologique est de même toujours relatif à quelque chose :

Le malade doit toujours être jugé en rapport avec la situation à laquelle il réagit et avec les instruments d'action que le milieu propre lui offre – la langue, dans le cas des troubles du langage. Il n'y a pas de trouble pathologique en soi, **l'anormal ne peut-être apprécié que dans une relation**<sup>164</sup>.

---

162 CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, 88-89.

163 Ibid., 91.

164 Ibid., 123.

Il n'y a donc pas de fait normal et pathologique en soi, d'autres conditions feraient apparaître d'autres normes. **Le normal serait une valeur vitale positive, une allure de la vie qui se situe plus du côté de l'adaptation-variation. Le pathologique serait une valeur vitale négative, un mode de vie rétréci, une norme de vie du côté de l'adaptation-spécialisation, qui ne tolère « aucun écart des conditions dans lesquelles elle vaut, incapable qu'elle est de se changer en une autre norme »<sup>165</sup>.**

Cela rajoute au caractère dynamique et polémique du concept de normal, décrit par G. Canguilhem, que nous avons déjà signalé à propos du lien entre normes vitales et normes sociales. La **maladie** est donc d'abord, toujours une **nouvelle dimension de la vie**, une expérience d'innovation positive, et non plus, seulement, un fait diminutif ou multiplicatif. Si elle est un mode de vie rétréci, sans générosité créatrice, sans audace, il n'en reste pas moins qu'elle est aussi pour l'individu une vie nouvelle, caractérisée par de nouvelles constantes physiologiques ou par de nouveaux moyens d'obtention de résultats apparemment inchangés<sup>166</sup>. « La maladie n'est pas seulement disparition d'un ordre physiologique mais apparition d'un nouvel ordre vital. [...] Il n'y a pas désordre, il y a substitution à un ordre attendu ou aimé d'un autre ordre dont on a que faire ou dont on a à souffrir »<sup>167</sup>. Et si retour à la santé il y a, il sera aussi une nouvelle norme individuelle, parfois supérieure à l'ancienne mais jamais le retour de l'ancien ordre. La santé devient, au sens absolu, l'indétermination initiale de la capacité d'institution de nouvelles normes biologiques. Ce qui la caractérise, c'est « la possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentané, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles »<sup>168</sup>. Il devient dès lors impossible de se savoir en santé avant de s'être confronté à la maladie. Être en bonne santé, c'est pouvoir tomber malade et s'en relever, c'est se sentir plus que normal, plus qu'adapté au milieu et à ses exigences, c'est être normatif, c'est-à-dire capable de suivre de nouvelles normes<sup>169</sup>. **Être en bonne santé, c'est être capable de vivre parmi les allures de la vie, en allant parfois du côté des valeurs répulsives que pour mieux revenir du côté des valeurs propulsives. C'est être capable de supporter la polarité dynamique de la vie.**

---

165 Ibid., 119.

166 Ibid., 122,124.

167 Ibid., 128.

168 Ibid., 130.

169 Ibid., 132-33.

**Au total, la maladie apparaît donc comme un mode de vie rétréci, une valeur vitale négative dans la relation du vivant à son milieu, comparativement aux membres de l'espèce ou à lui-même dans le temps.** En disant cela, nous n'avons encore pas résolu un certain nombre de points qui intéressent notre question de recherche. La maladie peut être due aux normes sociales, nous l'avons vu, sous deux aspects. Elle peut être une simple catégorie sociale, vide de sens biologique mais utile à l'exercice du pouvoir. Elle peut être aussi une valeur vitale négative survenue sous l'action, plus ou moins directe, des normes sociales. Mais quelles relations entretiennent plus précisément les normes sociales avec les normes vitales ? Et si la médecine est principalement un instrument du pouvoir, ou une science au regard local, que lui reste-t-il à voir avec le pathologique ? Existe-t-il des sciences du normal et du pathologique ? Si le pathologique est une simple allure de la vie, un mode de vie rétréci, est-il inévitable ? D'ailleurs, comment le reconnaître ? S'il y a deux ordres de comparaison dans la détermination de la valeur vitale d'un vivant, comment savoir celui qui prime sur l'autre ? Le point de vue de l'espèce ou le point de vue de l'individu ? Si l'homme fait sa maladie, la maladie de l'homme est-elle différente de la maladie de l'animal ou des autres vivants ? Ne faut-il pas s'en tenir à parler pour l'animal de mode de vie rétréci ? Finalement, reste-t-il une expérience originaire, essentielle de la maladie ?

## **- Les corollaires de l'« individuation » organique chez G. Canguilhem et P-A Miquel**

Dans l'exposé que nous avons fait précédemment sur la notion de normativité vitale dans la pensée de G. Canguilhem, j'ai fait le choix de suivre en grande partie le déroulement que lui-même propose dans *Le normal et le pathologique*. J'ai aussi fait le choix de nous en écarter lorsque nous aurions dû aborder le chapitre III de la deuxième partie, qui porte sur la norme et la moyenne. C'est sciemment que je l'ai éludé momentanément car celui-ci regorge de significations à propos des différentes questions que nous venons de formuler. Il est temps d'y revenir ici, sans pour autant en faire une lecture longitudinale, d'autant que nous alimenterons les propos de G. Canguilhem, des commentaires de G. Le Blanc et de la pensée de P-A Miquel.

## La maladie : entre robustesse et vulnérabilité

Nous l'avons vu, il y a bien une possibilité, au niveau de l'**individu**, d'être **normatif**. Il y a bien au niveau de l'individu vivant, une activité vitale, qui lui permet d'être créateur de nouvelles normes (ex. des yoguis). Mais il est, dans le même temps, vivant du fait d'une **cohérence interne**, héritée de la normativité de la vie à travers l'évolution de son espèce (ex. composante génétique de la transmission des normes biologiques). Et plus encore, il existe aussi une **capacité d'adaptation fonctionnelle du groupe** ou de l'espèce (ex. des papillons). C'est ainsi que la **relative uniformité des caractéristiques biologiques** d'une espèce dans une zone de peuplement et relativement à une époque donnée traduit « non pas l'inertie d'un déterminisme mais la **stabilité d'un résultat maintenu par un effort collectif** inconscient mais réel »<sup>170</sup>. C'est ainsi, écrit G. Canguilhem, que « si l'on admet une plasticité fonctionnelle de l'homme, liée en lui à la normativité, ce n'est pas d'une malléabilité totale et instantanée qu'il s'agit ni d'une malléabilité purement individuelle »<sup>171</sup>. D'autant que dans le **cas de l'homme**, il faut compter, à côté de l'hérédité et de l'accoutumance au niveau biologique, sur la tradition et la coutume au niveau social, comme **composante sociétale de la transmission des normes biologiques**. Reprenons l'exemple de G. Canguilhem de la durée de vie moyenne :

En somme, les techniques d'hygiène collective qui tendent à prolonger la vie humaine ou les habitudes de négligence qui ont pour résultat de l'abrégé dépendant du prix attaché à la vie dans une société donnée, c'est finalement un jugement de valeur qui s'exprime dans ce nombre abstrait qu'est la durée de vie humaine moyenne<sup>172</sup>.

La taille est aussi prise en exemple comme phénomène, inséparablement biologique et social, dans l'espèce humaine. C'est-à-dire que, chez l'homme, la fréquence statistique ne traduit pas seulement une normativité vitale mais aussi une **normativité sociale**<sup>173</sup>. Mais que signifie plus précisément que « les techniques [...] tendent à prolonger la vie humaine » ou « ont pour résultat de l'abrégé » ? Est-ce à dire que les techniques de l'homme prolonge la polarité de la vie ? Où plutôt que la vie se prolonge dans les techniques humaines ?

Selon G. Le Blanc, G. Canguilhem **enracine les activités humaines dans les activités vitales**<sup>174</sup>. Les activités humaines sont avant tout des genres de vie, des niveaux de vie et des rythmes de vie. Les habitudes qui découlent de celles-ci influent sur les constantes

---

<sup>170</sup> Ibid., 110.

<sup>171</sup> Ibid., 113.

<sup>172</sup> Ibid., 103.

<sup>173</sup> Ibid., 102.

<sup>174</sup> LE BLANC, *Canguilhem et la vie humaine*, 79.

fonctionnelles, qui d'une certaine manière, deviennent des normes habituelles<sup>175</sup>. En cela, la **physiologie humaine diffère de la physiologie animale**, et plus encore du végétal. Mais il ne faut pas, pour autant, être tenté de réduire la physiologie du reste du vivant à une simple normalité biologique, simple expression d'une essence, d'une vérité biologique. C'est la vie qui est normative. L'existence de moyenne des caractères les plus fréquents traduit toujours un équilibre instable de normes et de formes de vie affrontées, momentanément à peu près égales<sup>176</sup>.

Si la **normalité de l'organisme** résume la vérité biologique, c'est au sens d'un **équilibre instable**, comme fait biologique fondamental résultant de la capacité de l'organisme de maintenir ses propres normes dans un milieu de vie particulier. Les normes organiques traduisent dès lors les activités de régulation et de centration. Les **normes de régulation** maintiennent « l'individualité organique, inaltérée en tant que système en équilibre dynamique »<sup>177</sup>. Les **normes de centration** définissent le rapport du vivant au milieu extérieur. Ce rapport est une relation, centrée sur le vivant. L'organisme par le besoin transforme l'environnement en milieu, mais une préférence organique surgit également de cette relation au milieu. Le vivant intègre en lui le milieu, créant de nouvelles valeurs vitales. Le besoin fait valeur. Là où apparaît la valeur, apparaît la norme<sup>178</sup>.

Les **stratégies vivantes** (de l'instinct à l'outillage technique...) sont des **réponses vitales à des besoins** fondamentaux **liés à l'incorporation d'un milieu extérieur**. Les valeurs vitales référées au besoin sont **ce par quoi les vivants s'individualisent**. Elles deviennent des procédures d'individuation de la vie, rapportées à un centre organique<sup>179</sup>.

Il y a bien intégration des normes sociales dans les normes vitales. Ce mouvement participe de l'incorporation, plus large, du milieu extérieur à l'organisme dans un **processus d'individuation**. Les normes de régulation participent de la même logique normative, elles ne doivent pas être pensées séparément des normes de centration. Il s'agit plutôt de deux modes de constitution de l'activité normale de l'organisme. Mais G. Canguilhem ne s'arrête pas à cette analyse de la normalité organique, il la prolonge, comme nous l'avons explicité ci-dessus, par une compréhension de la normativité vitale<sup>180</sup>. La normativité vitale, en un sens, institue des normes qui permettent le maintien de la vie, mais, en un autre sens, elle est aussi

---

175 CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, 109.

176 Ibid., 104.

177 CANGUILHEM cité par LE BLANC, *Canguilhem et la vie humaine*, 56.

178 Ibid., 55-56.

179 Ibid., 56.

180 Ibid., 57.

fondamentalement création de valeurs vitales qui rendent possible la persévérance de l'être-en-vie. Cette création de normes est individualisation, activité de différenciation. « **La normalité de l'individu** assurée par les normes de régulation et de centration **suppose, en amont, une normativité individuelle** rendue possible par des créations d'écarts, par des inventions de normes »<sup>181</sup>.

Nous commençons à mieux cerner un certains nombres d'éléments. L'organisme vivant apparaît à présent comme un **élément d'un ensemble plus vaste dont il fait, en même temps, partie**. Il est un individu, un représentant d'un ensemble d'individus, d'un groupe et d'une espèce auxquelles il appartient. Il est aussi un élément du milieu qui est le sien, et qu'il participe à constituer. Il apparaît aussi comme un **système dont le tout est en même temps élément de lui-même**. Le vivant incorpore son milieu. « Le rapport des normes biologiques de vie avec le milieu humain [apparaît] à la fois cause et effet de la structure et du comportement humain »<sup>182</sup>. Les fonctions biologiques, écrit G. Canguilhem, sont inintelligibles si elles ne traduisent que les états d'une matière passive devant les changements du milieu. « Le milieu vivant est aussi l'œuvre du vivant qui se soustrait ou s'offre électivement à certaines influences »<sup>183</sup>. Les normes biologiques sont constituées par l'incorporation par le vivant d'un milieu dont il est lui-même un élément et qu'il participe à modifier. Dans la même logique, le vivant incorpore des normes de vie en même temps qu'il en est créateur. Il est le fruit d'une normalité et d'une normativité vitale, comprenant parfois une dimension sociale, dont il est en même temps créateur à chaque instant.

Pour essayer d'y voir un peu plus clair, nous proposons de reprendre rapidement les analyses de P-A Miquel. Commençons pour cela par rappeler que Gilbert Simondon utilise le terme d'**individuation** quand **un système constitue un tout qui est en même temps élément de lui-même**. L'individuation de ce point de vue, ne serait **pas l'apanage du vivant**. Certains **systèmes physiques complexes** sont éléments d'eux-mêmes. C'est le cas par exemple lors des **transitions de phase de premier ordre**, comme la cristallisation. Celles-ci ne se produisent que dans des systèmes physiques ouverts, c'est-à-dire des systèmes qui peuvent avoir des conditions initiales et des conditions limites. La transition de phase consiste, pour certaines valeurs critiques de pression et de température, en une transformation du système, une modification de ces propriétés. Une singularité surgit. En d'autres termes, il y a une

---

181 Ibid., 59.

182 CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, 113.

183 Ibid., 117.

différence radicale entre le système avant et après le passage d'un point critique. Mathématiquement, il y a non-linéarité, brisure de symétrie. Cela se manifeste par des dérivées seconde infinies de la fonction G, qui régit les relations entre le système et son environnement simplifié, c'est-à-dire aux conditions limites. Or cette singularité ne surgit jamais dans un système fermé. L'environnement du système, est comme une extension de celui-ci au sens où il devient nécessaire de l'inclure dans la description du système. C'est seulement ainsi qu'il est possible de comprendre pourquoi le système ouvert se comporte différemment du système fermé, même si cela ne permet pas de prévoir complètement son comportement au-delà du point critique. Cette différence entre le système fermé et le système ouvert est appelée **localité du système**. Cela revient à dire que le système est interaction, connexion, avant d'être individué. Il n'est individué que parce qu'il n'est plus identique à lui-même. Le système ouvert avant la transition est à la fois un tout, et en même temps une propriété du système après la transition, dont il dépend lui-même. « Le tout est en même temps le résultat de ses opérations ». Cette apparition de singularité entre l'état du système avant et après le passage du point critique exprime le fait que le système a une **dimension constructive**<sup>184</sup>.

L'**individuation biologique**, quant à elle, correspondrait plutôt à une **transition de phase de second ordre**. L'organisme vivant se rapprocherait d'un système dont l'**individuation est indéfiniment retardée**, dans la mesure où elle est redoublée. C'est-à-dire qu'en même temps qu'il est du monde physique, le système est un monde d'individuation qui lui est propre. C'est alors sa structure d'individuation redoublée qui est le résultat de ses opérations. Chez celui-ci, **la localité est internalisée et l'agentivité (ou normativité) est internalisée**<sup>185</sup>. Cela revient à dire, nous semble-t-il, que sa dimension connective est internalisée, de même que sa dimension constructive. À ce stade, cela peut paraître bien obscur mais il nous semble que cette conception a quelque chose à voir avec celle que nous avons rapporté un peu plus haut. Cela nous semble avoir un sens au regard du fait que l'organisme vivant est toujours pris dans une double réalité : il est, à la fois, élément d'un ensemble plus vaste dont il fait, en même temps, partie, et, à la fois, un système dont le tout est élément de lui-même.

La **localité internalisée** traduit le fait que le **théâtre de normes** (internes et externes) qui caractérise un organisme vivant est toujours et constamment élément de lui-même.

---

184 Paul-Antoine MIQUEL, « Gaïa n'est-elle qu'un thermostat ? Sur la lecture de James Lovelock par Bruno Latour », août 2016, 3-5.

185 Ibid., 6.

L'organisme vivant incorpore son hérédité et son milieu, il est spontanément **élément d'une niche biologique à travers laquelle il est co-construit**. Sa localité n'est plus de l'ordre du fait, elle devient une norme. Le système ne subit plus son environnement, il se le donne<sup>186</sup>. Je pense que la localité internalisée a quelque chose à voir avec ce que plus haut nous avons caractérisé, à la suite de G. Canguilhem, comme normalité biologique. Or cette normalité biologique suppose, en amont, une normativité individuelle « rendue possible par des créations d'écarts, par des inventions de normes ».

À son tour, l'**agentivité internalisée** du système devient une norme. Elle devient **normativité**. Cette normativité internalisée est une **contrainte**. « Le vivant n'est pas simplement agentif. Il est agentif de droit. Il n'est pas simplement créateur. C'est une exigence pour lui d'être créateur ». La singularité d'un organisme est donc générique, non plus spécifique. Il ne se transforme plus seulement dans certaines conditions spécifiques. Sa criticité est étendue et internalisée. Il est de droit l'agent de ses transformations. Sa singularité est une construction permanente dont il est rendu agent. **L'organisme vivant n'a rien de tout fait, il se fait**<sup>187</sup>.

Il semble bien que nous rejoignons ici G. Canguilhem. Il existe une stabilité de l'individu biologique mais cette stabilité est relative. L'individu est aussi en connexion et en construction permanente. Il est toujours un lui-même qui est autre, en prise infinie avec le processus de redoublement d'individuation. Il est toujours un compromis entre ces deux contraintes d'ordre topologique et d'ordre chronologique. Les normes nouvelles qui sont créées par ce système complexe tendent alternativement vers des valeurs vitales propulsives et des valeurs vitales répulsives. Il y a en même temps, un bouclage de l'organisme sur lui-même qui lui confère une certaine robustesse, et une création de variation qui lui offre sa plasticité mais aussi sa vulnérabilité. **D'une certaine manière, la robustesse attire un mode de vie rétréci tandis que la variation sous-tend la vulnérabilité.**

## **La maladie : affection de l'être humain.e**

Or, bouclage et variation, robustesse et vulnérabilité ne vont pas l'un.e sans l'autre puisque c'est la vie-même qui est polarité dynamique. De cela, je propose de tirer plusieurs conséquences. Une propriété de l'organisme vivant est donc d'être à la fois, un **potentiel de**

---

<sup>186</sup> Ibid., 7.

<sup>187</sup> Ibid., 8.

**transformation**, et, à la fois, un **potentiel de destruction**<sup>188</sup>. Il est transformation jusqu'à ce qu'il soit destruction. Il est vivant dans des modes de vie plus ou moins rétréci, selon des allures plus ou moins propulsives ou répulsives, jusqu'à ce que définitivement il dépérisse, vieillisse et meurt. Mais quelque chose me chagrine dans cette conception, j'y trouve un point de tension. **La valeur de l'allure que prend sa vie ne peut être jugée que rétrospectivement ou comparativement, nous l'avons déjà dit, selon la norme individuelle tirée du fait d'être-en-vie.** Puisque l'organisme vivant est ontologiquement un potentiel de destruction, par le fait même qu'il est en vie, par le fait que sa localité et sa normativité sont internalisées, **il est un être pour la mort**, un être pour le dépérissement. Il est fait pour cela ou comme cela, même s'il se fait contre. Sans prendre position, comme le fait Jacques Ruffié dans *Le sexe et la mort*, sur le fait de savoir si **la mort présente un avantage évolutif**, il nous semble percevoir dans cette condition du vivant, un **découplage entre les contraintes développementales, situées au niveau de l'individu, et les contraintes évolutionnistes, situées au niveau du groupe ou de l'espèce.** L'organisme vivant est toujours pris entre deux dynamiques, une dont il est un élément au sein d'un ensemble plus vaste dont il fait, en même temps, partie, sa phylogénie et une dont il est un tout élément de lui-même, son ontogénie. Il y a découplage entre sa phylogénie et son ontogénie<sup>189</sup>. Je pense pouvoir dire qu'en même temps qu'il y a internalisation des contraintes topologique et chronologique au niveau du vivant, il y a découplage entre sa phylogénie et son ontogénie, de même qu'il y a **probablement découplage entre son environnement et son centre.** En effet, **si du point de vue de l'organisme vivant, la mort est une valeur négative, du point de vue de l'environnement, cela n'est pas si sûr.** La décomposition du vivant donne à l'environnement la possibilité de se recomposer.

En sorte que, peut-être puis-je dire que **le vivant**, comme règne ou comme ordre, **ne comprend pas le normal et le pathologique.** Il ne comprend que des créations de régularités et de variations qui ne deviennent des robustesses et des vulnérabilités qu'au niveau des organismes. **La vie est polarité dynamique, elle est jeu de pouvoir, mais ce sont les organismes qui meurent, pas la vie.** « Nous soutenons que la vie d'un vivant, fût-ce d'une amibe, ne reconnaît les **catégories de santé et de maladie** que sur le plan de l'expérience, qui est **d'abord épreuve au sens affectif du terme**, et non sur le plan de la science », écrit G.

---

188 Miquel, « Gaïa n'est-elle qu'un thermostat ? Sur la lecture de James Lovelock par Bruno Latour ».

189 Ibid.

Canguilhem<sup>190</sup>. Il me semble ici, que ce dernier propos de G. Canguilhem prend tout son sens, si nous l'envisageons à travers le **concept d'affect** tel que l'entend G. Deleuze. La valeur d'une allure de la vie, au niveau de l'être-en-vie, ne peut s'apprécier que rétrospectivement et comparativement. Pour autant, **l'être-en-vie fait l'expérience du changement d'allure de sa vie**, il fait l'expérience d'un affect. Il fait l'expérience **d'un devenir qui le déborde**, qui excède les forces qui passe par lui. Il fait l'expérience d'une puissance de vie, **d'une affirmation de la puissance d'être**<sup>191</sup>. Il fait l'expérience **d'une affection** qui, par elle-même, n'est pas encore une valeur mais un fait, une épreuve, **une non-adéquation à soi**. Il fait l'expérience d'être-en-vie. « Son infidélité [celle du milieu et donc celle de l'organisme], c'est proprement son devenir, son histoire »<sup>192</sup>. Cette affection, ne devient une valeur que relativement à son histoire, et à l'histoire de la vie, selon des normes propres à chacun de ces points de vue. **L'affection est ainsi un fait et une valeur que le découplage entre phylogénie et ontogénie, et peut-être celui entre environnement et centre, rend indéterminée et indéterminable dans l'absolu.**

Tout ceci est très spéculatif et demanderait une analyse plus serrée. Toujours est-il qu'en raisonnant ainsi, nous pouvons tout-de-même conclure avec G. Canguilhem qu'au niveau du vital :

Il n'y a pas de pathologie objective. On peut décrire objectivement des structures ou des comportements, on ne peut les dire « pathologiques » sur la foi d'aucun critère purement objectif. Objectivement, on ne peut définir que des variétés ou des différences, sans valeur vitale positive ou négative.

Or, rappelons que pour G. Canguilhem, chez l'homme, la vitalité organique se prolonge par les activités techniques. La pensée de M. Foucault nous a permis d'envisager la maladie comme une construction sociale historique, actuellement utile aux disciplines et au biopouvoir. Nous avons donc cherché sous celle-ci, au niveau de l'organisme vivant, y compris non humain, des formes du normal et du pathologique, biologiques et objectives. Je n'ai trouvé que des allures de la vie, des affections ontologiques, valorisées et valorisables mais sans valeur intrinsèque, des affirmations de la puissance d'être-en-vie. Dans cette perspective, il ne me semble pas que nous puissions envisager d'expérience originaire de la folie ou du mal somatique comme fondement d'un geste ou d'un regard, tel que l'avait envisagé M. Foucault dans ses premiers écrits. Peut-être, en revanche, faut-il envisager que,

---

190 CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, 131.

191 Raphaël BESSIS, « Vocabulaire de Deleuze », 2003, 1; Michel PAMART, *L'abécédaire de Gilles Deleuze*, 1989 1988, sect. 1:19-1:21, <https://www.youtube.com/watch?v=5vUpCpyHWaI>.

192 CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, 131.

de même qu'il n'y a pas d'expérience fondamentale de la sexualité, mais des dispositifs conjoncturels du sujet désirant, qui en aménagent successivement les expériences au cours d'une histoire qui reste constamment ouverte ; il n'y ait **pas d'expérience fondamentale de la maladie, mais des dispositifs conjoncturels du sujet vivant, qui en aménagent successivement les expériences au cours d'une histoire qui reste constamment ouverte ?** Cette piste reste à explorer.

Je propose donc de penser qu'il n'y pas, à proprement parler, d'ontologie de la maladie du point de vue du vivant. Il n'y a qu'une **ontologie des affections vitales, du dépérissement (incluant le vieillissement) et de la mort**. La **notion de maladie** suggère, selon moi, une notion de comparaison, spatiale ou temporelle, qui nécessite de regarder l'histoire. Il ne s'agit pas seulement d'enregistrer l'histoire, comme le fait tout organisme vivant, mais de pouvoir la juger. La notion de maladie me paraît nécessiter un passage par la conscience. Elle m'apparaît comme une **valeur humaine, surdéterminée par une forme d'anthropomorphisme, que l'homme essentialise dans le vivant**. C'est qu'en effet, il me semble pouvoir dire dans un sens légèrement différent de celui qu'emploie P-A Miquel, que « la vie appelle la maladie »<sup>193</sup>. Du point de vue de l'homme, l'organisme vivant, le sien en particulier, passe d'une affection à l'autre, dont il voit bien que certaines le rapprochent de la mort, lui qui a conscience de celle-ci. Il voit bien aussi que les animaux et les végétaux meurent comme lui, c'est pourquoi, peut être, il se permet le rapprochement. Cependant, sans conscience de la mort, comment appréhender le fait de s'en rapprocher ? Or, de la divergence des points de vue de l'organisme vivant (être-en-vie) et du règne du vivant (vie), il naît que les valeurs vitales peuvent être contradictoires, du point de vue de l'un et de l'autre. L'exemple de la mort est à cet égard caricatural. Du point de vue de l'être-en-vie, elle est la valeur vitale négative par excellence mais du point de vue de la vie, puisque, dans notre raisonnement, la mort est un caractère essentiel de celle-ci, elle est une valeur vitale positive. Il me semble justifié de proposer ici que la maladie est un concept créé par l'homme dans sa recherche consciente d'échapper à la mort. Car **l'affection de l'homme, comme organisme vivant, est aussi vécue, comme sujet pensant**. C'est en cela, je le propose, que son affection est souvent maladie, ou plutôt, qu'il l'a fait maladie.

Ici, je dirais, à la différence de G. Canguilhem qui avance que c'est « la vie elle-même, par la différence qu'elle fait entre ses comportements propulsifs et ses comportements répulsifs,

---

193 MIQUEL, *Le vital*, 79.

qui introduit dans la conscience humaine les catégories de santé et de maladie », que **c'est la conscience humaine qui introduit dans la vie les catégories de santé et de maladie**. La vie est certes polarité dynamique mais, justement, parce qu'elle est non jugement.

Avant d'entamer la dernière partie de ce mémoire, qui porte sur la maladie comme vécu subjectif, et puisque notre question de recherche porte aussi sur la valeur d'usage de ce concept, nous proposons d'exposer rapidement **quelques considérations sur la médecine, pouvant être extrapolées des précédentes**.

De même qu'il n'était pas question pour G. Canguilhem de contester *a priori* l'utilité des travaux de Cl. Bernard, il n'est pas question pour nous de nier *a priori* toute valeur d'usage de la médecine comme technique que l'homme applique à lui-même<sup>194</sup>. Il me semble que les conclusions que fait G. Canguilhem à son sujet restent valables.

Il s'agit, tel que le fait G. Canguilhem, de **rappeler l'indépendance logique des concepts de norme et de moyenne**. La moyenne reflète, avant tout, des habitudes de vie, des préférences. La norme est une valeur. Ainsi, peut-être faudrait-il envisager, qu'en général, c'est la norme qui fait la moyenne, et non la moyenne qui fait la norme ? A la rigueur, la moyenne, par raisonnement inductif, pourrait fournir un « substitut d'objectivité » pour un caractère étudié. Elle pourrait, avec précaution, refléter une normalité partielle. Mais la coupure autour de la moyenne resterait arbitraire. Et une normalité partielle n'exclue pas d'autres anormalités, ni sa propre variation dans le temps. Et, il faut dire que « toute objectivité s'évanouit dans la détermination d'une normalité globale [...] **la définition scientifique de la normalité apparaît actuellement inaccessible** »<sup>195</sup>.

Dire cela, est-ce nier toute possibilité de connaissance biologique ? Est-ce tomber dans une forme de nihilisme scientifique ? Non. Au contraire, c'est dire que « **la connaissance ne peut plus être enfermée dans une visée rationaliste** qui exclut la vie de son propre déroulement »<sup>196</sup>. C'est signaler que la pensée rationaliste scientifique actuelle, y compris médicale, projette automatiquement la structure calculatrice et ordonnée de la raison sur les éléments qu'elle aborde. Elle nivelle ses objets et exclut les formes rebelles. L'homme savant cesse de se comprendre comme homme vivant. Nous rejoignons ici les idées de M. Foucault. **La médecine est un savoir-pouvoir. Un savoir technique, certes, mais un savoir excluant,**

---

194 CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, 94.

195 Ibid., 99.

196 LE BLANC, *Canguilhem et la vie humaine*, 62.

**et, un pouvoir vital, probablement, mais un pouvoir politique sur les corps et sur la vie.** Nous comprenons dès lors ce qui fait écrire à G. Le Blanc quelque chose qui nous semble tout à fait actuel concernant la médecine : « La pratique rationnelle n'est plus l'aventure normal du vivant humain, mais sa réponse pathologique, dans la construction d'un milieu particulier, suggérée pour nier les risques et les aléas de la vie »<sup>197</sup>. **L'homme fait sa médecine comme technique, entendue comme norme vitale, qu'il s'applique à lui-même.** Mais, comme le note G. Canguilhem au sujet de la géographie, il n'y a pas de fatalité. C'est un choix qui décide. Du moment que plusieurs normes collectives sont possibles dans un milieu donné, celle qui est adoptée, et que son antériorité - voire son antiquité - fait paraître naturelle, reste au fond choisie, même s'il ne s'agit pas d'un choix explicite et conscient. D'où l'importance de rechercher comme le propose M. Foucault, les conditions de possibilité d'apparition de certaines formes d'organisation des discours. **Si aucun jugement d'appréciation rétrospectif n'est possible dans la confrontation avec d'autres formes d'organisation des discours, le choix collectif devient perceptible et la lutte politique possible à l'avenir.** G. Canguilhem propose ainsi un **vitalisme conçu comme affirmation contemporaine de la vie**, en opposition au rationalisme compris comme négation ou neutralisation de la vie<sup>198</sup>.

Il s'agirait dès lors, d'un point de vue médical, de **prêter attention aux nouvelles constantes qui garantissent l'ordre nouveau**, telle que la fièvre, une pression sanguine élevée ou encore certains changements dans le psychisme. Celles-ci devraient être respectées au lieu de vouloir les supprimer en les considérant comme nocives ou simplement pour les ramener à la moyenne<sup>199</sup>. Nous pourrions probablement dire de même de certaines affections, que la connaissance nous signale comme maladies bénignes, et qui participent au développement de notre immunité, à notre apprentissage de la gestion de la douleur, des limites de l'organisme, etc.

Il s'agirait de comprendre la **physiologie comme la science des allures stabilisées** de la vie<sup>200</sup>. Il faudrait envisager de concevoir les catégories **du normal et du pathologique comme des catégories biologiquement techniques et subjectives**, et non biologiquement scientifiques et objectives<sup>201</sup>. Il n'y a objectivement que des allures de la vie<sup>202</sup>. Il conviendrait

---

197 Ibid., 63.

198 Ibid.

199 Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, 129.

200 Ibid., 137.

201 Ibid., 150.

202 Ibid., 153.

de ne pas oublier que **toute pathologie est subjective au regard de demain**, c'est-à-dire que c'est la pathologie, et par là même, la clinique, qui est toujours historiquement première<sup>203</sup>. Même si la clinique, est aussi la technique qui aura le dernier mot puisqu'elle ne se sépare pas de la thérapeutique. Or, la thérapeutique est une « technique d'instauration ou de restauration du normal dont la fin, savoir la satisfaction subjective qu'une norme est instaurée, échappe à la juridiction du savoir objectif »<sup>204</sup>. **La clinique n'est pas une science**, et ne sera, selon G. Canguilhem, jamais une science, quand bien même elle usera de moyens techniques de plus en plus sophistiqués et scientifiquement garantis. **La médecine est, comme toutes les techniques, une activité qui s'enracine dans l'effort spontané du vivant humain pour dominer le milieu et l'organiser selon ses affections et ses valeurs.** « Mais l'intention du pathologiste ne fait pas que son objet soit une matière vidée de subjectivité. On peut pratiquer objectivement, c'est-à-dire impartialement, une recherche dont l'objet ne peut-être conçu et construit sans rapport à une qualification positive et négative, dont l'objet n'est pas tant un fait qu'une valeur »<sup>205</sup>.

Il s'agirait aussi de considérer la **maladie** comme une réduction de la marge de tolérance aux infidélités du milieu, une **forme de vie rétractée**. Il faudrait, dès lors, regarder au-delà de l'organisme pour déterminer normal et pathologique, et voir parfois « l'instinct de conservation » comme un mode de vie rétréci<sup>206</sup>. L'**état physiologique**, quant à lui, serait l'état sain, **état plus que normal, état normatif relativement aux fluctuations du milieu**<sup>207</sup>.

Il serait aussi pertinent, dans cette perspective, d'entendre que « **on ne dicte pas des normes à la vie** »<sup>208</sup>. Précisément parce qu'il y a découplage entre phylogénie et ontogénie, entre environnement et centre, la valeur que l'être humain.e peut désormais mettre, au sens propre, dans un être-en-vie, un organisme vivant, en le modifiant, n'est pas nécessairement celle qu'y trouverait la vie. Le point de vue d'une portion d'humanité n'est pas celui de l'organisme vivant, ni celui de la vie. L'humanité n'est pas omnipotente.

**Finalement, la maladie de l'être humain.e est, peut-être, une affection vécue, à travers une construction sociale. Et puisqu'iel ne saurait faire autrement, que d'être un sujet existant dans un environnement social, sauf peut-être à dépérir, c'est bien probablement**

---

203 Ibid., 142,153.

204 Ibid., 153.

205 Ibid., 157.

206 Ibid., 132.

207 Ibid., 154.

208 Ibid., 153.

**qu'il y a une sorte d'ontologie de sa maladie.** Parler d'ontologie, ce n'est pas parler d'essence. C'est dire que, comme organisme vivant, il sera nécessairement affecter et que comme être humain.e, iel fera de ces affections un objet de son ambivalence mélancolique. **L'être humain.e fait sa maladie tant au niveau social, qu'au niveau subjectif.** Il n'y a pas de normal et de pathologique objectif, c'est ce que nous avons écrit plus haut, repris de G. Canguilhem. **La valeur de l'affection est organique et la maladie est subjective.**

Ainsi, « c'est l'individu qui est juge parce que c'est lui qui en pâtit, au moment même où il se sent inférieur aux tâches que la situation nouvelle lui propose »<sup>209</sup>. En paraphrasant P-A Miquel, je propose de dire que l'affection, effet organique de la localité et de la normativité vitale, est « position inconsciente de valeur », dont l'activité consciente procède. L'affection nous fait quelque chose, elle est l'expérience d'un devenir qui nous déborde, dont nous faisons quelque chose. La maladie est ainsi un sentiment et un état<sup>210</sup>. S'il n'est pas question ici de suspendre les phénomènes dits « naturels », par un acte de la raison ou de la conscience, mon propos est-il pour autant de dire que nous pouvons en faire ce que nous voulons ? Est-ce ainsi affirmer que l'affection n'est qu'une information et qu'il nous appartient de réaliser le traitement de cette information, de lui donner une valeur ? Assurément non, et oui à la fois. Non, car cela reviendrait à nier une grande partie de ce que nous avons étudié dans ce travail portant sur les normes sociales et les normes vitales. Cela reviendrait à envisager un sujet tout puissant, indépendant de son milieu et de son histoire. Ce n'est pas la thèse que je souhaite esquisser. Pour autant, je dois dire oui à la fois, car je conçois que le sujet conserve, vis-à-vis de ces maladies, un certain pouvoir, une certaine liberté. **C'est ce à quoi que nous songerons dans la partie suivante.**

---

209 Ibid., 119.

210 MIQUEL, *Le vital*, 76,78.

## Chapitre 5 – La maladie comme vécu subjectif

À l'instar des deux parties précédentes, entamons celle-ci avec un exemple. Nous le tirons de l'ouvrage de F. Laplantine sur l'*Anthropologie de la maladie*. Au préalable, présentons brièvement le propos général du livre. F. Laplantine y propose d'**examiner l'idée, largement dominante, selon laquelle la causalité (bio)médicale serait indemne de représentations**. Celui-ci entame son exposé en indiquant la **multiplicité et la complexité des rapports des champs de connaissance et de significations médicales dans la société française contemporaine**<sup>211</sup>. Il note d'abord l'existence de trois grands systèmes biomédicaux, aux rapports plus ou moins complices ou contradictoires, qui sont : le modèle épistémologique de référence de nature physico-chimique, les modèles psycho-médicaux (psychiatrie, psychosomatique et psychanalyse) et les modèles socio-médicaux. Il extrait ensuite, comme champs de connaissances et de significations, ce que nous pourrions appeler des points de vue : celui du malade et celui de médecin, celui de la maladie à la première personne et celui de la maladie à la troisième personne<sup>212</sup>. Il nous semble que nous retrouvons à la fois, ce que nous avons conçus comme point de vue de la science et point de vue du sujet dans le chapitre 1, mais aussi, comme fond au l'intérieur duquel ceux-ci évoluent, une sorte de construction sociale de l'objet maladie, un discours sur les affections de l'homme. Ce que F. Laplantine résume de la manière suivante : « La maladie et la santé ne sont pas des faits « objectifs » car elles sont commandées par des jugements de valeur [...] et il n'est pas de valeur sans référence, implicite ou explicite, au social »<sup>213</sup>. Or, il est intéressant de constater que cette conception est assez proche de celle de Jean Benoist, que rapporte F. Laplantine, qui distingue les **trois sens de la notion de maladie** en langue anglaise<sup>214</sup>. Le terme *disease* serait à rapprocher de la conception **biomédicale** de la maladie, le terme *illness*, de la dimension **subjective** de celle-ci et le terme *sickness* se rapporterait au **processus de socialisation** de *disease* et *illness*. Il s'agit donc pour F. Laplantine, de montrer comment tout discours sur la maladie procède d'un travail de sélection et d'élaboration ainsi que d'une option théorique, au niveau sociétal comme au niveau individuel. Pour cela, il entreprend d'exhiber, face au

---

211 LAPLANTINE, *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, 15.

212 Ibid., 15-19.

213 Ibid., 116.

214 Ibid., 20-21.

discours médical dominant, la **diversité des constructions sociales** dans d'autres sociétés, ainsi que, la **diversité des vécus possibles** en rapportant des faits de littérature. Là encore, nous rejoignons ce que nous avons dégagés des analyses précédentes à propos du choix implicite et inconscient qu'opèrent les sociétés en favorisant l'apparition de tel ou tel discours au sein d'un champ de conditions de possibilité. Il nous reste à **considérer le point de vue du sujet**.

Pour cela, nous emprunterons l'analyse que fait F. Laplantine du **rapport de Marcel Proust à ses maladies**, et j'essaierais d'en proposer une vision légèrement différente. F. Laplantine utilise l'exemple de M. Proust, notamment, pour illustrer ce qu'il nomme le **modèle étiologique de la maladie bénéfique**<sup>215</sup>. Il remarque, plus loin, que ce modèle est très fréquemment associé aux modèles étiologiques fonctionnel et endogène au sein d'une constellation étiologico-thérapeutique qui conduit à voir la maladie comme un ensemble fonctionnel, ambivalent et signifiant. Cette constellation s'oppose à celle « ontologique – exogène - maléfique » du courant dominant médical contemporain<sup>216</sup>. Nous rallions à cet endroit les propos de G. Canguilhem sur les deux conceptions de la maladie dont le point commun est la « situation polémique » de l'être malade.

Les « **maladies-disease** » de Marcel Proust sont particulièrement intéressantes puisque l'une, **l'asthme** relève plutôt des « maladies somatiques » bien qu'une part « psychique » soit reconnue. La seconde, **l'anxiété ou l'angoisse**, est classée actuellement dans les « maladies psychiatriques » bien que ses répercussions « somatiques » soient bien décrites. C'est à l'âge de neuf ans que M. Proust, lors d'une promenade au bois de Boulogne, est saisi de troubles respiratoires qui ne feront que s'aggraver jusqu'à sa mort. Le simple rappel mnésique des sensations olfactives arrive seul à provoquer des crises violentes. Cette « sensibilité malade » telle que M. Proust la décrit lui-même dans *Jean Santeuil*, se retrouve au niveau psychique. La moindre contrariété déclenche chez lui de véritables crises de larmes. Il vit dans l'angoisse permanente de tous ces sens et de toutes les situations auxquelles il se trouve confronté : angoisse du sommeil, de la nuit, du jour et de la lumière, angoisse de la perception olfactive du pollen des fleurs, de la poussière, de la fumée de cigarette, angoisse des grands espaces, angoisse de l'humidité et du froid, angoisse du bruit, angoisse des êtres humains et des émotions démesurées provoquées à leur rencontre<sup>217</sup>.

---

215 Ibid., 133.

216 Ibid., 235-37.

217 Ibid., 147-48.

Et pourtant, F. Laplantine décrypte le rapport de M. Proust à ses maladies dans une sous-partie intitulée *La maladie comme grâce*. Difficile à concevoir immédiatement après ce bref résumé, mais, ce sont les symptômes dont souffre M. Proust qui lui permettent, en s'enfermant définitivement dans sa chambre, de réaliser l'œuvre à laquelle il va tout sacrifier. Nous sommes, céans, du côté des « **maladies-illness** ».

**Dans un premier temps**, F. Laplantine analyse les maladies de M. Proust comme « **condition de rupture avec le snobisme** ». En l'empêchant de sortir, en le faisant vivre confiné, ses maladies l'ont écarté de ce qu'il appelle « le snobisme » par lequel il est lui-même passé. Il a ainsi échappé aux charmes de la mondanité, qui font que souvent les personnages ayant des préoccupations artistiques ne sont nullement des créateurs mais des esthètes, dilettantes et paresseux auxquels il manque l'essentiel : tout ce qu'apportent, pour qui sait les utiliser, la maladie et le malheur, et qui permettent de se soustraire à la frivolité<sup>218</sup>.

**En second**, c'est comme « **instrument de connaissance de soi** » que ses maladies sont entendues. F. Laplantine rapporte que tout le long d'*À la recherche du temps perdu*, c'est un vibrant hommage qui est rendu à la maladie et à la souffrance. « J'entendais le grondement de mes nerfs dans lesquels il y avait du bien être, indépendamment des objets extérieurs qui peuvent en donner », écrit M. Proust dans *À l'ombre des jeunes filles en fleurs*. Si la maladie doit être recherchée et sans cesse approfondie, c'est essentiellement par **souci de vérité**. Elle serait l'observatoire privilégié qui nous permettrait de nous connaître vraiment, d'extraire ce qu'il y a de plus profond en nous, par la sensibilité qu'elle développe. L'une des expressions les plus parfaites de cette valorisation de la maladie se trouverait dans *Les intermittences du cœur* :

Ces douleurs, si cruelles qu'elles fussent, je m'y attachais de toutes mes forces, car je sentais bien qu'elles étaient l'effet du souvenir que j'avais de ma grand-mère, la preuve que ce souvenir était bien présent en moi. Je sentais que je ne me la rappelais vraiment que par la douleur, et j'aurais voulu que s'enfonçassent plus solidement encore en moi ces clous qui y rivaient sa mémoire. Je ne cherchais pas à rendre la souffrance plus douce, à l'embellir [...] Jamais je ne le fis, car je ne tenais pas seulement à souffrir, mais à respecter l'originalité de ma souffrance telle que je l'avais subie tout d'un coup sans le vouloir, et je voulais continuer à la subir [...] Cette impression si douloureuse et actuellement incompréhensible, je savais, non certes pas si j'en dégagerais un peu de vérité un jour, mais que si, ce peu de vérité, je pouvais jamais l'extraire, ce ne pourrait être que d'elle<sup>219</sup>.

Enfin, **en troisième point**, F. Laplantine note la relation étroite qui lie les maladies de M. Proust et la création artistique. « La maladie ne doit pas seulement être acceptée et cultivée comme source de la connaissance psychologique, mais comme source de « **connaissance**

---

218 Ibid., 152.

219 PROUST cité dans ibid., 153.

**spirituelle** » et **instrument de transfiguration artistique du monde** »<sup>220</sup>. C'est ainsi que « la souffrance élève l'homme » et que « par la profondeur de la douleur, on atteint au mystère, à l'essence ». Cela serait particulièrement valable pour les troubles nerveux, ce qui fait écrire à M. Proust que « Tout ce que nous connaissons de grand nous vient des nerveux. Jamais le monde ne saura ce qu'on leur doit »<sup>221</sup>.

Constatons que nous sommes loin de la **valeur, qui apparaît telle une évidence indiscutable** actuellement au minimum en France, selon laquelle : « **la santé est le plus précieux de tous les biens** ». De même que la **valeur de la vie longue** est bien une valeur, dont nous avons montré avec G. Canguilhem qu'elle est en lien direct avec la durée moyenne de la vie, la santé comme bien le plus précieux l'est aussi. Elle est un attachement affectif à une allure de la vie. Elle n'a rien d'absolu malgré sa réputation sociale. C'est ainsi que Walter Matthias Diggelman, dans *Ombres - Journal d'une maladie*, n'hésite pas à proférer que « une vie courte et joyeuse est infiniment préférable à une vie longue et qui se nourrit de peur, de prudence et de surveillance médicale »<sup>222</sup>. Si dire cela paraît provocateur ou révolutionnaire, c'est que nous sommes dans la dimension des « **maladies-sickness** », c'est-à-dire de la confrontation des valeurs subjectives et sociales.

Du point de vue de l'homme, c'est bien le sujet, et non seulement l'organisme vivant, qui est aux prises avec les normes vitales, la normativité vitale et les normes sociales. Mais, il ressort de cet exemple que l'homme est aussi capable de normativité sociale, de subjectivation, de *sublimation de ces affections*, par semble-t-il la connaissance de soi. Mais est-ce à dire, selon la lecture que fait G. Canguilhem d'I. Illich, qu'il faudrait dès lors défendre une santé sauvage privée, et déconsidérer la santé scientifiquement conditionnée ? Probablement pas. Ou bien, s'agit-il, comme le propose G. Canguilhem lui-même, de reconnaître la santé, comme vérité du corps, en admettant en lisière et comme garde-fou, la présence de la vérité au sens logique, c'est-à-dire de la science<sup>223</sup> ? Je suggère qu'il y a peut-être des nuances importantes à faire dans cette dernière proposition, mais ré-examinons encore une fois la pensée de G. Canguilhem et ce qu'elle implique vis-à-vis des capacités de subjectivation du sujet malade.

---

220 Ibid.

221 PROUST cité dans *ibid.*

222 Ibid., 384.

223 CANGUILHEM, *Ecrits sur la médecine*, 67-68.

## - La normativité sociale chez G. Canguilhem

G. Le Blanc relève qu'il existe une **forme d'indécision dans la pensée de G. Canguilhem** à propos de la **subjectivité** et que toute ambiguïté n'est pas levée à propos des **rapports du vital et du social**. D'un côté, il définit tout **vivant** tantôt **comme subjectivité**, tantôt comme sujet, la subjectivité est alors le prolongement de l'individualité puisque le social s'enracine dans le vital. D'un autre côté, la **subjectivité** est **spécifiquement humaine** car le social relève d'une logique propre, la subjectivité se retourne contre l'individualité. G. Canguilhem apporterait des **réponses différentes à cette tension théorique selon les époques d'écriture**. La première position serait celle défendue dans *Le normal et le pathologique* ainsi que dans *La connaissance de la vie*. La seconde se retrouverait dans les *Nouvelles réflexions sur le normal et le pathologique*, dans plusieurs articles des *Études d'histoire et de philosophie des sciences* ainsi que dans *Idéologie et rationalité*.

Nous avons utilisé l'une et l'autre de ces conceptions sans les définir spécifiquement. La **première** a été reprise dans le chapitre 4 sur l'ontologie vitale de la maladie. G. Le Blanc signale que la principale **difficulté** de cette vision réside dans le fait qu'elle **revient sur la ligne de démarcation entre le vivant humain et le vivant animal, forgée par la conscience subjective de la maladie**. La subjectivité ne brise pas le lien entre la culture et la nature, faisant perdre la possibilité d'une compréhension fine des événements de l'histoire humaine. L'**avantage** de celle-ci est de **fortifier l'immanence du vivant humain à la vie**<sup>224</sup>. Il me semble que ma proposition faite à l'issue de ce chapitre 4 portant sur la **distinction de l'affection** des organismes vivants, comme expérience d'un devenir qui les déborde, **et de la maladie**, comme affection de l'homme en tant qu'elle est vécue subjectivement à travers un prisme social, nous **permet à la fois de maintenir une démarcation entre le vivant humain et le reste du vivant, et, de maintenir l'ancrage du social dans la vie**.

C'est ce que propose aussi G. Canguilhem dans sa **deuxième** façon d'envisager les rapports du vital au social en proposant à la fois que **le vital et le social obéissent à deux perspectives incommensurables** et que, pour autant, la perspective sociale, comme la perspective vitale, restent des productions de la vie, des « allures ». Celui-ci propose que « deux allures de la vie sont produites par **deux sujets différents, la société et la vie** »<sup>225</sup>.

---

224 LE BLANC, *Canguilhem et la vie humaine*, 245-46.

225 Ibid., 247.

L'**ébauche de thèse** que je propose, en déplaçant à nouveau la valeur du côté de la subjectivité humaine, conduirait plutôt à envisager **la vie et la société comme des processus**. Cette conception permettrait ainsi d'échapper à l'illusion subjectiviste que décrit Pierre Bourdieu, qui consiste en ce que « le penseur finit par postuler l'existence d'un univers finalisé dont la principale conséquence est de remplacer des processus par des sujets fictifs situés à l'origine des multiplicités d'actions qui en émanent »<sup>226</sup>. Cette illusion subjectiviste est directement mise en relation avec l'oubli par le penseur des conditions matérielles qui rendent possibles la pensée et la mise entre parenthèses des chaînes de causalité réelle qui sont à l'origine de sa pensée. Se justifie encore ici, selon moi, la position réflexive adoptée au début de ce travail ainsi que son intégration dans une épistémologie des points de vue.

Cette idée de l'**originalité de la perspective sociale**, d'un point de vue du social, que nous pensons pouvoir détacher d'un subjectivisme, G. Canguilhem la développe en tenant compte des aliénations sociales. Pour cela, il fait sienne l'analyse par Georges Friedmann du décentrement du vivant humain opéré par l'univers machinal. Le point important pour nous ici, consiste en ce que G. Canguilhem développe, à partir de celle-ci, qu'il y a une **irréductibilité de la valeur subjective aux multiples formes d'aliénation** produites par les milieux de vie humains. « Cette irréductibilité signe une réouverture toujours possible des milieux de vie par la normativité du vivant humain »<sup>227</sup>. Il existe donc une possibilité d'échapper aux normes sociales par la subjectivité, une **liberté subjective** face au risque de dissolution du soi dans l'aliénation sociale. Mais plus encore, puisque la subjectivation se conquiert dans la résistance à la dissolution du soi dans le milieu, **la résistance devient la valeur normative de la subjectivité**<sup>228</sup>.

Cela fait, selon P. Macherey, que G. Canguilhem peut être considéré comme un philosophe du jugement, du devoir-être et du sujet qui en assume les « exigences » en étant, autant qu'il le peut, normatif. En raisonnant du sujet aux normes, G. Canguilhem pose que les vraies normes sont celles que des sujets mettent en œuvre dynamiquement en « prenant parti ». Il développe ainsi une **conception d'un sujet pratique**. Le sujet doit se faire, par sa propre activité créatrice, qui n'est en rien soumise à un déterminisme naturel, même si ce déterminisme lui offre le fond sur lequel il lui reste à se tracer, sous sa responsabilité, son propre chemin. Mais G. Canguilhem va plus loin encore. Comme P. Macherey l'explique, le

---

226 Ibid., 278.

227 Ibid., 250.

228 Ibid.

recours que celui-ci fait à Baruch Spinoza, comme représentant d'une attitude philosophique proprement normative, non seulement dans la pensée mais aussi dans la vie, le conduit à considérer la subjectivité du philosophe comme proprement politique. Dans *Le cerveau et la pensée*, G. Canguilhem écrit :

Quant à la philosophie, sa tâche propre n'est pas d'augmenter le rendement de la pensée, mais de lui rappeler le sens de son pouvoir. Assigner à la philosophie la tâche spécifique de défendre le **Je comme revendication incessible de présence-surveillance**, c'est ne lui reconnaître d'autre **rôle** que celui **de la critique**. Cette tâche de négation n'est d'ailleurs nullement négative, car la défense d'une réserve est la préservation des conditions de possibilité de la sortie [...] Défendre sa réserve impose d'en sortir à l'occasion, comme le fit Spinoza. **Sortir de sa réserve, c'est le faire avec son cerveau**, avec le régulateur vivant des interventions agissantes dans le monde et dans la société. Sortir de sa réserve, c'est s'opposer à toute intervention étrangère sur le cerveau, intervention tendant à priver la pensée de son pouvoir de réserve en dernier ressort<sup>229</sup>.

Un *Je* existe, qui ne se contente pas d'adopter à l'égard de la réalité une position de survol, mais qui, à même ses réseaux, exerce une fonction de surveillance. Le philosophe détient et exerce un « pouvoir de ressort » qui le pousse à s'insurger, à résister<sup>230</sup>. Là où nous avons proposé dans le chapitre 1 d'ancrer un « *Je* perçois l'intolérable » au niveau de l'instinct, comme posture éthique conduisant à la connaissance et à l'intuition, **G. Canguilhem** au contraire **fait apparaître l'action de résistance depuis son lien avec l'affirmation de la subjectivité**. Ce que j'ai décrit dans les chapitres 1 et 2 prend ici plus d'intérêt. Je dirais plutôt que c'est un **affect de domination situé à un niveau instinctif vital (et peut-être non pas un affect de protestation comme écrit dans le chapitre 1) qui ouvre la possibilité d'une subjectivation résistante**, qui s'effectue nécessairement à travers l'assujettissement produit par les normes sociales. Pour G. Canguilhem, seul le recours à la pensée permet d'éclairer le lien entre subjectivité et résistance.

De plus, les analyses de G. Canguilhem ne définissent initialement la perspective sociale que négativement, en fonction des risques que font peser les normes économiques sur la vie, déplore G. Le Blanc. Mais la catégorie de normalisation, présente dans ce que ce dernier auteur nomme « la seconde philosophie » de Canguilhem, renouvelle les termes du problème. La normalisation, à la différence de la normativité, se signale en effet par son arbitraire social, son absence de connexion à la vie. Son exploration peut donc être menée pour elle-même. Finalement, « alors que selon la perspective vitale, la vie est sujet nécessaire de ses normes, selon la perspective sociale, la société est sujet contingent de ses normes »<sup>231</sup>.

---

229 CANGUILHEM cité dans MACHEREY, « Subjectivité et normativité chez Canguilhem et Foucault ».

230 Ibid.

231 LE BLANC, *Canguilhem et la vie humaine*, 254.

Selon des termes qui me sont propres, je dirais plus volontiers que **le sujet humain entretient un rapport de nécessité à la normalité biologique et à la normativité vitale, tandis qu'il entretient un rapport de contingence à la normalisation sociale et à la normativité sociale**. Nous nous accordons ainsi avec G. Canguilhem sur l'existence d'une normativité sociale suggérant une vie propre du social comme la normativité vitale suggère une vie propre du vital.

Il me semble qu'il n'y a **pas de contradiction** à affirmer dans le même temps, une **intégration des activités humaines dans les activités vitales** et une **relative autonomie des processus** que sont l'ordre social et l'ordre vital. Le sujet humain est à l'intersection des deux ordres, intégrés et autonomes, peut-être plans d'immanence. Chacun de ces ordres, par lui-même, le tire toujours entre deux pôles, celui de la normalité et celui de la normativité. C'est que le sujet humain demeure toujours organisme vivant, et que la vie est polarité dynamique.

La conception de G. Canguilhem peut paraître assez éloignée de celle de M. Foucault en ce qu'il semble privilégier la possibilité d'une subjectivation au pouvoir des normes sociales, tandis que M. Foucault donne plus de poids à l'efficacité des normes sociales qu'aux réponses normatives produites par les êtres humains. Ma position est probablement celle de la recherche d'une posture intermédiaire, ne préjugant pas par avance du pouvoir sur le sujet des uns ou du pouvoir du sujet à travers les autres. Elle est probablement inspirée par les derniers travaux de M. Foucault qui s'est finalement rapproché de G. Canguilhem, par d'autres chemins de pensées.

## **- La subjectivation vitale chez M. Foucault**

M. Foucault, au moins après la seconde césure de sa pensée que nous avons analysé dans la sous-partie *La maladie : ségrégation vis-à-vis d'une expérience originaire* du chapitre 2, adopte une posture de réserve à l'égard d'une position subjectivante. Celui-ci raisonnant des normes au sujet, n'envisage le sujet qu'assujettis à des normes qui ont leurs sources ailleurs que dans une conscience instance de jugement. L'archéologie étudie les processus de « transformation », elle permet une histoire des discours qui se présente comme un procès

sans sujet<sup>232</sup>. Elle met entre parenthèses la considération de la normativité et de la subjectivité, selon P. Macherey. Dans « *Il faut défendre la société* », M. Foucault écrit :

Plutôt que de demander à des sujets idéaux ce qu'ils ont pu céder d'eux-mêmes ou de leurs pouvoirs pour se laisser assujettir, il faut chercher comment les relations d'assujettissement peuvent fabriquer des sujets<sup>233</sup>.

Pourtant, de l'intérieur même des disciplines, il semble que **trois formes d'écarts relatifs aux normes, productrices de subjectivation soient préservées** par M. Foucault. Ces écarts relèvent de pratiques : pratiques de pensée, pratiques éthiques et pratiques de soulèvement ; et laissent ouverte la possibilité d'une subjectivation malgré l'assujettissement produit par les normes sociales. Il s'agit cependant bien d'écarts vis-à-vis des normes, et non de la création de nouvelles normes telle que l'envisage G. Canguilhem. Ces écarts individuels, toujours partiels, ne peuvent valoir qu'à l'intérieur des normes. Pour autant, ils déterminent une nouvelle posture, qui tient compte de la problématisation historique résultant des sociétés de normalisation.

La **première forme d'écart** se réalise dans la pratique de la possibilité théorique de comprendre son appartenance aux normes en élaborant les concepts adéquats à la production normative interne au savoir. Cette posture pratique de la pensée qui émerge d'une compréhension exacte du fonctionnement des normes est nommée **la déprise**. J'ose espérer que ce travail ait quelque chose d'une déprise, que notre pensée vaille comme exercice de soi non normé. La pensée, dans ce sens, n'est pas simple commentaire de la pratique mais action théorique qui interrompt les normes de l'action pratique. **La normativité de la pensée suspend la normalité de la pratique**. Elle compose une nouvelle allure pour la pratique. Il ne s'agit pas pour autant, de sortir absolument des règles internes à la pratique mais, plutôt de conquérir un espace de liberté de l'intérieur même de leur cohérence. La pratique de la pensée vivifie celui qui pense au point d'interrompre de l'intérieur même des normes leur jeu, elle est **pratique non normée de subjectivation dans le jeu même des normes**. Elle nécessite de se déprendre des normes théoriques du savoir, de « piéger sa propre culture », de jouer « contre sa propre culture, avec sa propre culture », écrit M. Foucault dans un court article consacré à G. Bachelard. « L'intuition doit chevaucher l'intelligence ». La pensée non normative, l'intuition, doit signaler, par exemple, à la science l'assujettissement qui est le sien et la

---

232 MACHEREY, « Subjectivité et normativité chez Canguilhem et Foucault ».

233 LE BLANC, *Canguilhem et la vie humaine*, 262.

localité de son regard. Nous sommes proches ici de la possibilité de subjectivation envisagée par G. Canguilhem mais celle-ci demeure ancrée dans l'assujettissement du sujet.

La **seconde forme d'écart** est constituée par la **pratique éthique de l'amitié**. Celle-ci préserve la possibilité d'une relation non normée à l'autre et constitue ainsi une figure d'exemplarité éthique pour la subjectivation, comme vie momentanée à rebours des normes. L'**oubli des normes** qui survient dans la pratique de l'amitié est l'**envers d'un processus d'invention** par lequel d'individu se pose comme un « soi ». Dans la même logique, la **pratique de l'homosexualité** permet l'invention de formes de relations amoureuses<sup>234</sup>.

La **dernière forme d'écart** est l'**expérience du soulèvement**. Cette analyse provient de l'analyse en deux temps du soulèvement des Iraniens contre le Chah en 1979. Elle conduit M. Foucault à envisager la pratique du soulèvement en elle-même, en dehors de toute relation au pouvoir futur qu'elle prétend fonder. Le soulèvement serait intrinsèquement déterminé par « une possibilité ultime où la vie n'est plus échangeable ». La **désobéissance** est l'**expression d'une réactivité vitale**, d'une normativité, **face à l'activité normalisatrice des pouvoirs**. Étrange retour à la vie que fait ici M. Foucault. Le soulèvement est un évènement qui échappe à l'histoire sociale des hommes et renvoie à un niveau antérieur d'organisation, vital, pour lequel la vie est d'abord résistance à la mort. Le soulèvement devient alors un **schème entre le vital et l'historique**, il est ce par quoi, la subjectivité vivante, immanente à l'histoire naturelle, entre dans l'histoire sociale de l'humanité. Cette sémiologie des actes subjectifs de résistance n'est possible qu'à la condition de postuler une forme de séparation, de **découplage entre la vie et le social**, entendus comme processus. Mais la vie apparaît, dans le même temps, comme le fond indifférencié sur lequel s'exerce le pouvoir et qu'il ne peut réduire totalement. Cela suppose une forme de **lien**, entre le vital et le social. Il y a une **forme de vitalité irréductible aux normes sociales**. Cette **vitalité** est l'**occasion d'un renouvellement subjectif suscité par le péril mortel** des pouvoirs<sup>235</sup>.

Notons que cette dernière phrase pourrait prendre un sens particulier relativement à l'exemple de M. Proust. Le péril mortel auquel renvoie la maladie n'est-il pas l'occasion d'un renouvellement subjectif ? Ce renouvellement subjectif vital est-il réellement subjectivation ? Où plutôt, la subjectivation, la normativité sociale dont fait preuve M. Proust est-elle équivalente au renouvellement subjectif vital ?

---

234 Ibid., 268-69.

235 Ibid., 269-76.

## - La maladie : retour possible au souci de soi ?

G. Le Blanc suggère que si M. Foucault a recours à une forme de subjectivation vitale, c'est qu'il n'y a pas pour celui-ci de normativité sociale propre. Il n'y aurait, au mieux, qu'interruption, oubli ou renversement des normes selon la pratique de telle ou telle forme d'écart à la norme.

Nous pensons que cette conception est un peu limitative notamment vis-à-vis des derniers écrits de M. Foucault dans lesquels celui-ci se penche sur les **techniques de soi**. Il envisage d'ailleurs qu'il faille « mettre la révolution en relation avec ce problème des techniques de soi »<sup>236</sup>. Dans la quatrième séance du séminaire que M. Foucault dirige en 1982 à l'Université Victoria de Toronto, nous trouvons l'échange suivant entre un.e interlocuteur.e qui pose une question, et la réponse que fait M. Foucault :

- Vous avez parlé dans votre dernière conférence de la **possibilité d'une politique de soi créative**. Je me demande quelle direction prendrait celle-ci : est-ce qu'il s'agirait de choisir une technologie de soi particulière ou de problématiser l'entreprise générale de la technologie du soi ?

- Je crois que la *technê* et la technologie sont des traits constitutifs de notre conduite, de notre conduite rationnelle, et c'est la raison pour laquelle je ne dirai pas que mon projet est de se débarrasser de tout genre de technologie. Mais puisque le soi n'est rien de plus, rien de moins que la relation que nous avons à nous-mêmes, **le statut ontologique du soi n'est rien d'autre que la relation que nous avons à nous-mêmes**. Cette relation est en tout cas toujours l'objet, le thème, la base, la cible d'une technologie, d'une conduite technologique, d'une conduite technique, d'une *technê*. Et **le problème est de savoir comment nous pouvons imaginer, créer, rénover ou changer les relations à nous-mêmes au moyen de ces techniques**<sup>237</sup>.

Parler d'une **politique de soi créative**, d'une technique du soi, que non seulement nous appliquons à nous-mêmes mais sur lesquelles nous avons aussi une certaine forme de pouvoir, n'est-ce pas envisager une certaine **forme de normativité sociale** ? Dire que le statut ontologique du soi est relation, c'est dire que la relation à valeur d'être. C'est dire aussi que le soi est un tout élément de lui-même. De même qu'il fait partie d'un ensemble plus vaste dont il est en même temps un élément. Dans l'ordre social, comme dans l'ordre vital, le sujet humain est à la fois assujéti à des normes sociales, en même temps qu'il possède une capacité de normativité.

P. Macherey met en avant le fait que, même pendant la période où M. Foucault avait écarté de ses préoccupations la considération d'un sujet des normes, non seulement assujéti à des normes mais créateur de normes, et comme tel enclin à ce qu'il appellera plus tard le « **souci**

---

236 FOUCAULT, *Dire vrai sur soi-même*, 286.

237 Ibid., 285.

**de soi** », M. Foucault n'aurait nullement invalidé la question du sujet mais aurait préparé une toute nouvelle manière de l'aborder.

Et s'il s'agit de **mettre en relation la révolution et les techniques de soi**, c'est que la notion de « résistance » prend une importance particulière dans la pensée de M. Foucault. Elle serait la notion qui lui aurait permis de faire la **transition entre sa réflexion sur la question du pouvoir et celle sur la question du sujet**. Si la révolution n'est pas un phénomène isolé, et comme tel accidentel, c'est parce que sa nécessité est consubstantielle à l'exercice du pouvoir, dont elle constitue l'autre face. En ce sens, il me semble que nous pouvons poursuivre, avec G. Canguilhem au sujet l'univers machinal et avec M. Foucault au sujet de la révolte, l'idée selon laquelle c'est un **processus vital qui conduit au renouvellement du sujet face à la dissolution du soi ou au péril mortel**.

Mais, si la pression qu'exerce **le pouvoir** sur les sujets ne conduit pas continuellement à la réapparition de la normativité vitale, c'est parce qu'il n'est pas, ou **rarement, un système fermé, opaque et sans faille. Il laisse le plus souvent la place à la tendance à le contrer**. Or, c'est **cette place que revendique le sujet** issu de « l'épuisement du cogito ». Le sujet qui ne se constitue pas comme une identité substantielle indépendante, absolue, mais qui en occupant les interstices de la réalité, en desserrant les « mailles du pouvoir », **se rend par là-même normatif**. Il n'est plus détenteur d'une subjectivité dont il disposerait comme s'il s'agissait d'un fait accompli mais devient un auteur responsable de soi-même, créateur d'une subjectivité qui est son œuvre propre. Là encore, M. Foucault rejoint G. Canguilhem par une voie inattendue, en faisant du sujet assujetti, un sujet aussi capable de subjectivation<sup>238</sup>.

Pour autant, ne voit-on pas poindre **deux types de subjectivation** l'une relevant de la normativité vitale et l'autre de la normativité sociale ? Reprenons ici l'exemple de M. Proust, et de ces maladies-*illness*, pour illustrer **deux points importants** qui me semble pouvoir être dégagés de ce qui vient d'être dit. **Le premier** concerne ce que F. Laplantine a analysé comme « condition de rupture avec le snobisme ». Si les maladies de M. Proust le conduisent à prendre de la distance vis-à-vis d'une certaine sphère sociale qu'il a auparavant fréquenté, elles lui permettent, à mon avis, surtout d'effectuer un « **retour à soi** ». La maladie, comme confrontation au péril mortel, comme perception d'un mode de vie rétréci, implique nécessairement, vitalement la perception et la réalisation d'un recentrage du sujet sur lui-

---

238 MACHÉREY, « Subjectivité et normativité chez Canguilhem et Foucault ».

même. Cet affect vital de recentrage, serait ce qui chez l'homme, conduirait à un **renouvellement subjectif vital** plus ou moins conscientisé. Une autre forme de celui-ci serait la révolte. « La colère est alors cette affection vitale à opposer à cette affection sociale qu'est la mélancolie du sujet »<sup>239</sup> écrit G. Le Blanc en s'appuyant sur les analyses de J. Butler. Mais, ce renouvellement subjectif vital peut se faire dans les mailles du pouvoir. Toutes les personnes souffrant comme M. Proust à son époque d'asthme ou d'anxiété majeure ont été affectées par cette condition, mais toutes ne sont pas devenues un.e écrivain.e parmi les plus reconnu.e.s.

Ainsi, je soumets l'idée que ce qui conduit M. Proust à faire de la maladie à la fois un « instrument de la connaissance de soi » et « une **source de connaissance spirituelle** » ainsi qu'un « instrument de transfiguration artistique du monde » ne relève pas d'un simple renouvellement subjectif vital. Cette **transformation du sujet** relèverait d'une **authentique forme de normativité sociale**, s'exerçant à travers l'**usage de techniques de soi**.

Le **second point** concerne les termes utilisés par M. Proust de « **connaissance de soi** » et « **connaissance spirituelle** ». Sur la fin de sa vie, M. Foucault s'attache à étudier les rapports entre la culture de soi antique et l'herméneutique du sujet chrétienne. Au cours de cette étude, il insiste particulièrement sur le jeu de bascule qui s'opère entre le **souci de soi** - « prends soin de toi » - et la **connaissance de soi** - « connais-toi toi-même »<sup>240</sup>. Il relève que pendant toute l'antiquité, jamais le thème de la **philosophie** (comment avoir accès à la vérité ?) et la question de la **spiritualité** (quelles sont les transformations dans l'être même du sujet qui sont nécessaires pour avoir accès à la vérité ?) n'ont été séparées<sup>241</sup>.

Chez **Platon**, le souci de soi prend la forme explicite d'une connaissance de soi. C'est en contemplant son âme que l'on accède aux Idées, comme celles de justice ou de bon gouvernement. Chez les philosophes des deux premiers siècles de l'**Empire romain**, c'est au contraire le souci de soi qui occupe la place principale. La connaissance de soi lui est subordonnée et a simplement pour fonction de contrôler les processus d'appropriation des discours vrais qui doivent constituer la matrice de la conduite du sujet<sup>242</sup>. « Le rapport à soi y devient une activité complexe et permanente où le sujet est pour lui-même l'objet d'une

---

239 LE BLANC, *La pensée Foucault*, 97.

240 FOUCAULT, *Dire vrai sur soi-même*, 20.

241 Michel FOUCAULT, « L'Herméneutique du sujet », consulté le 12 septembre 2017, [http://www.arianesud.com/bibliotheque/aa\\_auteurs/foucault\\_michel/foucault\\_l\\_hermeneutique\\_du\\_sujet\\_ou\\_la\\_notion\\_de\\_souci\\_de\\_soi\\_meme](http://www.arianesud.com/bibliotheque/aa_auteurs/foucault_michel/foucault_l_hermeneutique_du_sujet_ou_la_notion_de_souci_de_soi_meme).

242 FOUCAULT, *Dire vrai sur soi-même*, 20.

critique. [...] cette activité qui n'a d'autres fins que soi-même n'est pas pour autant une activité solitaire » écrit M. Foucault<sup>243</sup>. Cela va même plus loin, il existe une véritable proximité entre le souci de soi et la rationalité politique dont la notion commune est la notion de gouvernement<sup>244</sup>. Nous y reviendrons ci-dessous. Enfin, avec le **christianisme**, s'effectue un nouveau retournement qui fait que la connaissance de soi est désormais conçue comme exploration et déchiffrement de l'intériorité du sujet. Elle prend l'ascendant et le souci de soi finit par s'effacer. Elle sera maintenue dans l'histoire des sociétés dites occidentales par trois éléments : une transformation des principes moraux qui exclut toute possibilité de fonder une morale rigoureuse sur le précepte qu'il faut s'accorder à soi-même plus d'importance qu'à tout le reste ; l'importance prise par la connaissance de soi dans la philosophie « théorique » depuis René Descartes ; et le développement des sciences humaines, qui font de l'être humain en priorité, un objet de connaissance.

Il n'est question ici ni de suggérer que la démarche de M. Proust relève du souci de soi antique ni de prêter à M. Foucault un propos qui ferait considérer notre situation, dans laquelle le souci de soi semble avoir disparu, comme horrible et de l'opposer à un paradis perdu que serait la société grecque<sup>245</sup>. Toutefois, je crois que **la transformation que M. Proust opère de lui-même semble avoir quelque rapport avec une certaine forme de souci de soi**. Ce n'est pas seulement la connaissance de soi qui le rend normatif, c'est le gouvernement qu'il s'impose qui lui donne la possibilité de pratiquer une certaine forme artistique de déprise. Qui connaît mieux les normes sociales que celui qui a passé sa vie à les décrire, et qui dans le même temps a su les interrompre ? De plus, il m'apparaît logique que, **dans le cas du sujet envisagé par M. Foucault** - et que nous avons décrit comme issu de « l'épuisement du cogito », comme sujet qui ne se constitue pas comme une identité substantielle indépendante, absolue - **le souci de soi, comme technique de soi, est plus approprié que la connaissance de soi**. Mais ce retour au souci de soi est-il une façon pour M. Foucault de promouvoir une forme d'individualisme libérateur ? Le souci de soi, en ce qu'il ouvre une voie possible de subjectivation est-il une technologie de soi libératrice ?

C'est ici que **les notions de gouvernement et de gouvernementalité prennent leur importance**. Le gouvernement permet à M. Foucault de passer d'un gouvernement de la population, décrit comme biopouvoir, à un gouvernement de soi-même. **La technologie de**

---

243 Ibid., 59 Deuxième conférence.

244 Ibid., 238 Séminaire - Troisième séance.

245 Ibid., 279.

**soi est une technologie non disciplinaire qui s'applique non plus à une population mais au sujet, soit par le sujet lui-même, soit par la régulation collective des comportements.**

« Le gouvernement de soi par soi, dans son articulation avec les rapports d'« autrui » renverse le sens de la gouvernementalité en définissant la technologie non disciplinaire comme une technique du gouvernement de soi »<sup>246</sup>. **Le biopouvoir s'exerce ainsi, lui-aussi, par les technologies de soi.** « Ce **point de contact** où s'articulent l'une sur l'autre la façon dont les individus sont dirigés et la façon dont ils se conduisent eux-mêmes est ce qu'on appelle, je crois, la « **gouvernementalité** »<sup>247</sup>. Les technologies de domination ont aussi recours aux processus par lesquels les individus agissent sur eux-mêmes. Il convient donc selon Bernard Andrieu, de distinguer les technologies du bio-soi, la biosubjectivité, des techniques de soi<sup>248</sup>. Ces techniques de soi, auxquelles n'auraient pas ou peu recours les technologies de domination, et qui permettraient une certaine subjectivation, entendue comme normativité sociale, sont sans doute à rapprocher de la pratique de la déprise et de la pratique éthique de l'amitié. Or, nous avons vu que la subjectivation n'est d'une certaine manière possible qu'en tension ou au sein de l'assujettissement. Nous sommes bien **loin d'une conception qui ferait du souci de soi une technologie de soi libératrice.**

Pourtant, Liane Mozère envisage le **rapprochement du « souci de soi »** chez M. Foucault **et du souci dans une éthique politique du *care*** selon Joan Tronto. Elle fonde son « esquisse problématique » sur une analyse féministe des **dimensions politiques de ces deux concepts**. Sans entrer dans l'analyse du concept de *care*, notons ce que celle-ci écrit concernant le rapport qu'entretient le « souci de soi » au politique :

[...] la forme de « souveraineté » que l'individu exerce sur lui-même est un « élément constitutif du bonheur et du bon ordre de la cité ». [...] *L'epimelea heautou*, la *cura sui* comme « exercice permanent du soin de soi-même » est donc avant tout pratique sociale, activité politique et non repli narcissique ou solitaire. [...] C'est un labeur, qui demande un effort et du temps<sup>249</sup>.

---

246 ANDRIEU, « La fin de la biopolitique chez Michel Foucault ».

247 FOUCAULT, *Dire vrai sur soi-même*, 31 Notes.

248 ANDRIEU, « La fin de la biopolitique chez Michel Foucault ».

249 LIANE MOZÈRE, « Le “souci de soi” chez Foucault et le souci dans une éthique politique du *care*. », *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines* 13-14 (s. d.): 2004.

L'association de l'analyse du *care* comme ce qui renvoie à l'agencement entre la personne « se souciant de » et la personne dont on se soucie, conduit à considérer que celui-ci ouvre de nouvelles attentes :

Ces nouvelles attentes ne sont pas exclusivement personnelles, elles sont au contraire éminemment sociales, et même politiques, au sens où « se reconnaître comme malade ou menacé » (comme l'écrit Foucault) ou s'admettre comme dépendant d'autrui à tout moment (comme l'écrit Tronto), permet de fonder un être ensemble<sup>250</sup>.

Ainsi, il semble que le souci de soi, particulièrement en ce qu'il permettrait de se reconnaître comme malade ou menacé, soit d'une part éminemment politique en permettant de fonder un vivre ensemble, et ait d'autre part, quelque chose à voir avec le processus de guérison, entendu comme une nouvelle allure de la vie dans l'ordre social. **La maladie comme « retour à soi » pourrait être une porte d'entrée vers une subjectivation s'effectuant comme « souci de soi », dont la portée serait aussi politique.**

---

250 Ibid.

## Conclusion

Je crois que je considère l'auto-dérision comme la meilleure forme d'humour qui soit. Aussi, j'invite à voir la malice qu'il y a dans le fait qu'un.e médecin à la sortie de ces études se pose d'emblée la question de savoir ce qu'est la maladie. Mais, je l'ai écrit en introduction, je me rangerais derrière G. Deleuze pour justifier que le revenir, c'est le devenir alors...

### - Qu'est-ce que la maladie ?

Je ne dois tout de même pas nier que certains cours de médecine mentionnaient le modèle 'bio-psycho-social' de Georges Libman Engel. La conception de la maladie, très approximative, que je suggère ici, a probablement des points communs avec celle-ci. Mais, il me semble que le 'modèle bio-psycho-social', constitué en 1977, n'envisage pas ou peu la dimension politique de la maladie et se réfère, au moins implicitement, à des techniques relevant de la connaissance de soi (psychanalyse, etc.). Il serait, au demeurant, sans doute très intéressant de la comparer avec notre proposition. Cela d'autant que le modèle bio-psycho-social a été construit contre le réductionnisme biologique du modèle biomédical et qu'il est largement inspiré de la théorie des systèmes complexes<sup>251</sup>.

Malheureusement, le système biomédical me semble encore largement dominant dans la pensée médicale contemporaine. C'est ainsi que toute relation de la maladie au social ou au politique est, en général, systématiquement rejetée ; la valeur vitale de toute maladie est quasiment toujours jugée négativement – le normal étant l'habituel et l'idéal – ; et sa subjectivité est un prétexte à nier les malades. Pourtant, cela fait déjà plus de 70 ans que d'autres interprétations sont proposées.

Parmi celles-ci, nous avons fait le choix de mieux comprendre ce que les pensées de G. Canguilhem et de M. Foucault ont pu apporter aux discussions sur ce sujet. Nous nous sommes appuyé.e.s sur elles ainsi que sur les pensées de P-A Miquel et de l'anthropologue F. Laplantine pour élaborer notre réflexion.

---

251 Maryse SIKSOU, « Georges Libman Engel (1913-1999) », *Le Journal des psychologues*, n° 260 (1 décembre 2010): 52-55.

À l'issue de ce travail, j'offre trois suggestions à l'examen :

- *Il convient de distinguer, chez l'être humain.e, l'affection vitale de la maladie.*

L'affection vitale concerne tous les organismes vivants. Elle peut être positive ou négative considérée d'un point de vue propre à chaque organisme. L'affection est 'l'impression' dans l'organisme d'un devenir qui le déborde. Elle est un effet organique de la localité et de la normativité internalisées, une position 'inconsciente' de valeur au niveau de l'organisme.

Les notions de normal et de pathologique, même envisagées comme valeurs vitales positive ou négative, ou comme mode de vie plus ou moins rétréci, dans un environnement donné, contiennent nécessairement une certaine forme de comparaison à travers le temps ou à travers l'espace. Elles supposent un passage pas la conscience humaine pour déterminer une valeur. C'est pourquoi j'ai proposé d'utiliser le concept d'affection pour désigner un fait organique. Cette distinction maintient une démarcation entre l'humain.e et le reste du vivant.

De plus, les normes de la vie – vie entendue comme processus auto-entretenu, dont nous prendrions le point de vue - ne sont pas nécessairement celles de l'organisme. Ce sont les organismes qui meurent, pas la vie. Les 'valeurs' de la vie ne sont pas superposables à celles de l'organisme vivant. Cela nous a conduit à suivre l'idée de P-A Miquel selon laquelle il y a un découplage entre phylogénie et ontogénie au niveau de l'organisme vivant. J'ai suggéré qu'il y a aussi un découplage entre son environnement et son centre. Cela ne m'est pas apparu contradictoire avec les notions de localité et de normativité internalisées par l'organisme vivant. Celui-ci incorpore aussi son milieu et son hérédité, tout en étant agentif, au cours de son individuation continue.

Ainsi, s'il existe une expérience fondamentale à rechercher sous les notions de normal et de pathologique, c'est celle d'être-en-vie. C'est l'affection vitale qui est ontologique au niveau de l'organisme vivant. La vie est variation et bouclage mais elle est non-jugement.

La maladie est ce que l'être humain.e fait de ces affections comme objet de son ambivalence mélancolique. Or puisqu'iel ne saurait faire autrement qu'être pris.e entre assujettissement et subjectivation, c'est que la maladie est ontologique à sa vie. La conscience humaine procède de ses affections, elle en fait quelque chose. L'humain.e fait sa maladie. En cela, toute maladie est subjective, elle se réfère à un sujet qui la fait.

*- Le sujet est à la croisée de l'ordre vital et de l'ordre social.*

La représentation qu'une société se fait du normal et du pathologique dépend de son histoire et des conditions de possibilité d'émergence de tel ou tel discours. Dans les sociétés de normalisation telle que la nôtre (société française, métropolitaine, XXI<sup>e</sup> siècle), la maladie traverse un processus de socialisation particulier qui conduit à assimiler les 'anormaux' et les 'indisciplinés' aux malades. La notion de maladie y est surdéterminée par des valeurs politiques.

Le social est aussi compris comme un processus. Nous avons suivi les pensées de G. Canguilhem et M. Foucault dans notre conception de l'ordre social comme étant ancré, ou prolongeant, l'ordre vital. Et, bien que ces deux processus aient, par eux-mêmes, leur autonomie – ce que j'ai nommé le découplage du vital et du social – le vital émerge parfois dans le social et le social influe sur le vital. Mais, le sujet entretient, selon mes termes, une relation de nécessité avec l'ordre vital tandis qu'il entretient une relation de contingence avec l'ordre social.

La normativité vitale s'exerce dans le processus d'individuation biologique mais émerge parfois dans l'ordre social, lorsque le sujet se confronte à un péril mortel. Je propose que c'est alors qu'elle provoque nécessairement un renouvellement subjectif vital. Mais ce renouvellement peut s'effectuer dans l'assujettissement, indépendamment d'un processus de subjectivation sociale, entendue comme normativité sociale.

Au total, nous avons distingué la maladie-*disease* comme dimension biomédicale de la maladie, la maladie-*illness* comme dimension subjective et la maladie-*sickness* comme processus de socialisation des deux autres.

*- La maladie, prise dans l'ambivalence mélancolique du sujet, est politique.*

Le sujet fait sa maladie, selon ses capacités de subjectivation, dans son assujettissement. Si l'affection vitale le confronte à un risque de dissolution du soi, elle provoquera nécessairement un renouvellement subjectif vital, objet de l'ambivalence mélancolique du sujet.

Dans l'exemple que j'ai choisi – celui du rapport de M. Proust à ses maladies – il me semble que le renouvellement subjectif vital a ouvert la voie à une forme de subjectivation, et que la technique, mise en œuvre pour donner corps à cette subjectivation, à quelque chose à

voir avec le « souci de soi ». Le « souci de soi », issu de l'épuisement du cogito, ne doit pas être confondu avec la « connaissance de soi » du sujet cartésien. Le « souci de soi » procède de techniques de soi particulières, qui demandent un certain gouvernement de soi-même, et dont le but est, en prenant soin de soi-même, de se préparer aux aléas de la vie et à la vie politique. Il ne doit pas être non plus confondu avec d'autres techniques de soi qui, croisant les techniques de domination, mène plutôt à une biosubjectivité, comme exercice sur soi et par soi du biopouvoir, qu'à une subjectivation.

C'est ainsi que la notion de « souci de soi » m'apparaît comme une ouverture possible sur des considérations thérapeutiques et politiques.

Ces trois points constituent les axes d'une amorce de thèse et nécessiteraient, bien entendu, un examen plus détaillé, plus approfondi et plus rigoureux. Mais notre question de recherche, déjà vaste, comprenait une seconde partie portant sur la valeur d'usage de la maladie.

## **- Quelle est la valeur d'usage de la notion de maladie ?**

La maladie a d'abord une valeur d'usage comme **forme de régulation de la société**, au sein d'une société de normalisation qui s'exerce à travers des normes disciplinaires et des normes de régulation. Elle est une construction sociale utile au pouvoir disciplinaire et au biopouvoir. Comme objet de la médecine, elle me semble être au croisement des différentes formes de techniques que « l'homme s'applique à lui-même » et que sont, selon M. Foucault, les technologies de domination, les technologies de soi, les technologies de production et les technologies de signification.

Ce **caractère mixte** conduit à considérer la médecine alternativement comme un art de la vie, à la manière de G. Canguilhem, une technique que l'homme s'applique à lui-même à la façon de M. Foucault, une science selon le sens commun ou encore une catastrophe environnementale, etc. **La valeur d'usage de la notion de maladie dépend donc du contexte d'énonciation.** Elle peut être envisagée comme une **forme de régulation de la vie**, à travers les activités humaines dont elle est le prétexte (perturbations des écosystèmes, participation à la réduction de la biodiversité, etc.). Elle est aussi un **objet de connaissance** qui **prolonge la normativité vitale** de l'être humain.e ou encore un **outil du langage**.

Enfin, elle peut être un **prétexte au renouvellement subjectif voire à la subjectivation**.

## - Quelles sont les limitations de ce travail et quel le regard rétrospectif est porté sur la méthodologie choisie ?

Les limitations d'un tel travail réside, selon moi, dans la **difficulté à intégrer une connaissance globale de l'œuvre des philosophes étudiés**. Je n'ai, par exemple, pas de connaissances de première main de *La connaissance de la vie* de G. Canguilhem ou encore du *Tome III de L'histoire de la sexualité* de M. Foucault, intitulé précisément *Le souci de soi*. Une autre difficulté tient au fait d'**emprunter des notions à d'autres auteur.e.s, sans prendre le temps de développer précisément chaque concept**. Je n'ai, par ailleurs, pas eu le loisir de chercher du côté d'auteur.e.s qui m'avaient été recommandé.e.s ou dont les réflexions auraient pu être un atout majeur à notre propos (Ian Hacking, G. Deleuze, J. Butler). Il y a aussi, je crois, quelques longueurs dues à une **difficulté à synthétiser la pensée des auteurs étudiés**, et au contraire, des **argumentations insuffisantes sur l'interprétation** que je fais de certains passages. Plus d'exemples aiderait probablement à l'intelligibilité du propos.

Concernant la méthodologie, le **recours à la philosophie comme pratique théorique**, dans l'aller-retour que j'ai la chance de pouvoir faire avec la médecine, me paraît nécessaire comme « **activité de diagnostic du présent** ». Cette pratique, que j'ai voulu **aussi critique**, à l'entre-deux d'une posture épistémologique et d'une posture politique, vise à se situer **du côté d'une « nouvelle politique de la vérité »**. Sa finalité est de « produire un pouvoir spécifique de la vérité susceptible de se heurter aux formes majeures du pouvoir qui pourtant le produisent »<sup>252</sup>. En cela, l'usage d'un langage épïcène et perspectiviste a **utilisé la forme pour illustrer une partie du fond**.

L'épistémologie des points de vue, quant à elle, est apparue justifiée dans l'évitement de l'illusion subjectiviste. Elle me semble aussi intéressante pour **rendre visible à la fois le caractère collectif et historiquement situé de la pensée, en même temps que la spécificité du point de vue du sujet en posture d'énonciation**.

Les auteurs principaux étudiés m'ont semblé incontournables pour un premier exercice de pensée en lien avec mon expérience vécue. G. Canguilhem, par la vigilance qu'il a pu accorder aux tours que joue la raison quand elle est influencée par les idées de son temps, nous apprend la **valeur d'une histoire des sciences analysée au prisme des paradigmes dominants de chaque époque**. Aujourd'hui, il s'agirait sûrement d'envisager la

---

<sup>252</sup> LE BLANC, *La pensée Foucault*, 33.

cybernétique, l'écologisme, etc. M. Foucault, nous a conduit à **rechercher comment s'exerce le pouvoir**, à travers un semblant de généalogie, **et comment il participe au jeu de la vérité**. L'exploration de sa pensée, nous a permis de proposer une **posture de recherche particulière**, comme exercice non-normé de soi-même. Nous avons pu constater à plusieurs reprises comment **les pensées de ses deux auteurs se rejoignent, se répondent et s'enrichissent l'une l'autre**. Toutefois, nous aurions probablement eu du mal à proposer une position synthétique et nuancée sans la pensée de P-A Miquel, qui nous a permis d'**intégrer une épistémologie non réductionniste de la biologie** et de prendre une posture intermédiaire.

## **- Quels sont les ouvertures que propose cette étude vis-à-vis du problème qui la sous-tend, à savoir celui du vivre ensemble ?**

D'abord, **résolvons enfin l'aporie** surgie en introduction. Nous avons vu que les travaux de H. Selye permettent de considérer que la vulnérabilité organique est à attribuer à la pression sociétale qui engendre des réactions de stress très fréquentes. Par ailleurs, l'homosexualité ou la transidentité peuvent être considérées comme des comportements sociaux, voire vitaux, normatifs. Or la variation – sociale et/ou vitale – propulse souvent l'organisme vers une plus grande vulnérabilité. Mais, une vie plus courte, même plus stressante, est-elle une vie moins bonne ? **Seul le sujet peut répondre à cette question car c'est à lui de décider de ses propres valeurs**. Lui seul pourra peser dans la balance de l'assujettissement et de la subjectivation, ces réactions de stress face à sa normativité. Je crois que cette solution éclaire ce que D. Defert, pouvait vouloir dire en considérant que le problème n'était pas celui d'une « santé LGBT » spécifique mais plutôt celui de luttes de modes de vie, conflictuels avec les idéologies politiques et religieuses. Finalement, créer une « santé LGBT », c'est peut-être améliorer l'accès aux soins mais c'est aussi probablement soumettre des corps à une discipline spécifique et rediriger la subjectivation vers la biosubjectivité. Or, puisque les rapports de domination ont quelque chose à voir avec le biopouvoir, c'est agir sur les conséquences et entretenir la cause. **Être dans le soin, ne devrait-il pas conduire à lutter contre les rapports de domination et par là même contre le biopouvoir et la discipline ?**

Il me semble que cette posture devrait conduire aussi, entre autres, à une **prise en compte des points de vue locaux de la science**. Nous avons évoqué le scientisme, le physicalisme réductionniste ainsi que l'essentialisme et son rapport au validisme dans le *Chapitre 2*, l'évolutionnisme social et biologique à propos du racisme dans le *Chapitre 3*, le rationalisme, l'humanisme et le déterminisme dans le *Chapitre 4*. C'est dire l'importance politique de l'épistémologie de la biologie dont dérive en partie celle de la médecine, qui est aussi une technologie de domination.

Car, les prétextes à stigmatisation ou à dérives eugénistes ne manquent pas. En témoigne l'actualité de la transmission épigénétique des caractères acquis. G. Canguilhem a pourtant déjà mis en évidence la possibilité de cette transmission, même s'il ne pouvait en décrire le mécanisme. Celle-ci ne change rien à ses considérations<sup>253</sup>, sauf peut-être à devoir **sortir de sa réserve**, comme il l'avait fait au sujet des interventions sur le cerveau.

Sans doute faudrait-il aussi envisager d'opposer au modèle biomédical, **une « politique de la vérité » vitaliste**. Il ne s'agirait pas d'affranchir la vérité de tout système de pouvoir mais de détacher le pouvoir de la vérité des formes hégémoniques à l'intérieur desquelles pour l'instant elle fonctionne. Le soin, à travers le « souci de soi », pourrait-il orienter vers une posture soignante politique, envisageant le vivre ensemble, et s'opposant à la biomédecine ?

Enfin, cela mènerait probablement à **poser sérieusement la question de la domination de l'humanité sur le reste des organismes vivants** car si l'être humain.e incorpore son milieu de vie, la destruction de la vie dans son milieu peut-elle être envisagée autrement que comme destruction de soi ? Il conviendrait aussi d'affirmer qu'« on ne dicte pas des normes à la vie » et que l'être humain.e n'est qu'un centre parmi d'autres. Peut-être cela nous conduirait-il à envisager un **anti-humanisme** à la manière de Frédéric Neyrat dans *Homolabyrinthus* ?

---

<sup>253</sup> Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, 117.

# Bibliographie

## Ouvrages complets

BACHELARD, Gaston. *La philosophie du non. Essai d'une philosophie du nouvel esprit scientifique*. PUF, Édition numérique UQAM. Bibliothèque de philosophie contemporaine, 1940.

[http://classiques.uqac.ca/classiques/bachelard\\_gaston/philosophie\\_du\\_non/philosophie\\_du\\_non.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/bachelard_gaston/philosophie_du_non/philosophie_du_non.pdf).

BERGSON, Henri. *L'évolution créatrice*. Puf. Quadrige, 1941.

CANGUILHEM, Georges. *Ecrits sur la médecine*. Seuil. Champ freudien, 2002.

———. *Le normal et le pathologique*. PUF. Quadrige, 2006.

CARRICABURU, Danièle, et Marie MÉNORET. *Sociologie de la santé - Institutions, professions et maladies*. Armand Colin., 2005.

CLAIR, Isabelle. *Sociologie du genre*. 1ère édition. 128. Armand Colin, s. d.

Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT). *E.PILLY - Maladies Infectieuses et tropicales*. Vivactis Plus Ed., 2010.

DIDI-HUBERMAN, Georges. *Invention de l'hystérie - Charcot et l'Iconographie de la Salpêtrière*. Macula., 1982.

FOUCAULT, Michel. *Dire vrai sur soi-même*. VRIN. Philosophie du présent - Foucault inédit, 2017.

———. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard. Bibliothèque des histoires, 1972.

———. *L'ordre du discours*. Gallimard., 1977.

———. *Maladie et personnalité*. PUF. Paris, 1954.

———. *Naissance de la clinique*. PUF. Quadrige, 1963.

LAPLANTINE, François. *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Broché., 1993.

LE BLANC, Guillaume. *Canguilhem et la vie humaine*. PUF. Quadrige, 2010.

———. *La pensée Foucault*. Ellipses. Ellipses poche. Paris, 2014.

LE BRETON, David. *Expériences de la douleur - Entre destruction et renaissance*. Métailié. Traversées, 2010.

MIQUEL, Paul-Antoine. *Le vital*. Kimé. Philosophie en cours. Paris, 2011.

———. *Sur le concept de Nature*. Hermann. Vision des sciences, 2015.

## **Thèses**

BARIL, Alexandre. « La normativité corporelle sous le bistouri : (re)penser l'intersectionnalité et les solidarités entre les études féministes, trans et sur le handicap à travers la transsexualité et la transcapacité ». Pour doctorat en philosophie en études des femmes, Ottawa, 2013.  
[https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/30183/1/Baril\\_Alexandre\\_2013\\_these.pdf](https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/30183/1/Baril_Alexandre_2013_these.pdf).

PASQUIER, Alice, et Sidonie RICHARD. « Des expériences aux attentes de personnes lesbiennes en soins primaires : inégalités en santé, postures professionnelles et empowerment ». Spécialité médecine générale, Toulouse III - Paul Sabatier, 2016.

## **Articles de revue ou de volume collectif**

ALESSANDRIN, Arnaud. « Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre » : ce que le DSM fait des variances de genre ». *Socio-logos . Revue de l'association française de sociologie*, n° 9 (24 février 2014).  
<https://socio-logos.revues.org/2837>.

ANDOKA, Florence. « Machine désirante et subjectivité dans l'Anti-Œdipe de Deleuze et Guattari ». *Philosophique*, n° 15 (1 avril 2012): 85-94.

ANDRIEU, Bernard. « La fin de la biopolitique chez Michel Foucault »: *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, n° 13-14 (1 septembre 2004).  
<http://leportique.revues.org/627#authors>.

CHAMAK, Brigitte. « Autisme et stigmatisation, Autism and stigmatisation, Autismo y estigmatizaci&#243;n ». *L'information psychiatrique* me 87, n° 5 (15 novembre 2012): 403-7.

CHAMBERLAND, Line, et Christelle LEBRETON. « Réflexions autour de la notion d'homophobie : succès politique, malaises conceptuels et application empirique ». *Nouvelles Questions Féministes* Vol. 31, n° 1 (1 avril 2012): 27-43.

DIMEGLIO, Chloé, Cyril DELPIERRE, Nicolas SAVY, et Thierry LANG. « Big data et santé publique : plus que jamais, les enjeux de la connaissance ». *ADSP*, n° 93 (décembre 2015).

DIMEGLIO, Chloé, Michelle KELLY-IRVING, Cyril DELPIERRE, et Thierry LANG. « Expectations and boundaries for Big Data approaches in social medicine ». *Journal of Forensic and Legal medicine*, 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2016.11.003>.

GAUSSEL, Marie. « L'éducation des filles et des garçons : paradoxes et inégalités », octobre 2016.

- MACHEREY, Pierre. « Aux sources « de l'histoire de la folie » », 1986.  
<http://stl.recherche.univ-lille3.fr/sitespersonnels/macherey/machereybiblio19.html>.
- . « Foucault avec Deleuze ». *Paris 8 philosophie*. Consulté le 25 août 2017.  
<http://paris8philo.over-blog.com/article-4836158.html>.
- . « Subjectivité et normativité chez Canguilhem et Foucault ». Billet. *La philosophie au sens large*. Consulté le 21 mars 2017.  
<https://philolarge.hypotheses.org/1750>.
- MIQUEL, Paul-Antoine. « Gaïa n'est-elle qu'un thermostat ? Sur la lecture de James Lovelock par Bruno Latour », août 2016.
- MOZERE, Liane. « Le “souci de soi” chez Foucault et le souci dans une éthique politique du care. » *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines* 13-14 (s. d.): 2004.
- PARAZELLI, Michel. « Violences structurelles ». *Nouvelles pratiques sociales* 20, n° 2 (2008): 3-8.
- RICHARD, Sidonie. « Sauver des vies ! » *Pratiques - Les cahiers de la médecine utopique*, n° 63 (octobre 2013): 84-85.
- SIKSOU, Maryse. « Georges Libman Engel (1913-1999) ». *Le Journal des psychologues*, n° 260 (1 décembre 2010): 52-55.

### **Cours**

- BASTIANI, Flora. « PH02350X - Philosophie de la santé - Réflexion sur la représentation et l'image dans les soins », 2016 2015.
- FOUCAULT, Michel. « Histoire de la médicalisation », octobre 1974.  
[http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/15679/HERMES\\_1988\\_2\\_13.pdf;sequence=1](http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/15679/HERMES_1988_2_13.pdf;sequence=1).
- . « Il faut défendre la société ». Association pour le Centre Michel Foucault, 1976 1975.
- . « L'Herméneutique du sujet ». Consulté le 12 septembre 2017.  
[http://www.arianesud.com/bibliotheque/aa\\_auteurs/foucault\\_michel/foucault\\_l\\_herme\\_neutique\\_du\\_sujet\\_ou\\_la\\_notion\\_de\\_souci\\_de\\_soi\\_meme](http://www.arianesud.com/bibliotheque/aa_auteurs/foucault_michel/foucault_l_herme_neutique_du_sujet_ou_la_notion_de_souci_de_soi_meme).
- MIQUEL, Paul-Antoine. « PH 00140X - Philosophies de la vie », 2013.

### **Ressources numériques**

- « Âgisme ». *Wikipédia*, 7 juillet 2017.  
<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%82gisme&oldid=138772436>.
- « Antonin Artaud, POUR EN FINIR AVEC LE JUGEMENT DE DIEU (Version intégrale) - YouTube ». Consulté le 2 juillet 2017.  
<https://www.youtube.com/>.

Association Chrysalide. « L'accueil médical des personnes transidentitaires ». Consulté le 6 septembre 2016.

<http://chrysalidelyon.free.fr/fichiers/doc/Chrysalide-Guide5.pdf>.

BESSIS, Raphaël. « Vocabulaire de Deleuze », 2003.

« Capacitisme ». *Wikipédia*, 14 août 2017.

<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Capacitisme&oldid=139755585>.

« [Chiennes de garde] Le manifeste ». Consulté le 24 août 2017.

[http://chiennesdegarde.com/article.php3?id\\_article=5](http://chiennesdegarde.com/article.php3?id_article=5).

« Epistémologies féministes, par Elsa Dorlin ». Billet. *Espaces réflexifs*. Consulté le 22 juin 2017.

<https://reflexivites.hypotheses.org/6573>.

« Classisme ». *Wikipédia*, 11 mai 2017.

<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Classisme&oldid=137252651>.

Collectif Cévennes. « S'armer jusqu'aux lèvres - Comment affronter une consultation gynécologique ? » Consulté le 10 juillet 2017.

[https://infokiosques.net/IMG/pdf/S\\_armer\\_jusqu\\_aux\\_levres-pageparpage.pdf](https://infokiosques.net/IMG/pdf/S_armer_jusqu_aux_levres-pageparpage.pdf).

Commissaire aux droits de l'homme (Nom). « Droits de l'homme et identité de genre », 2009.

<http://www.transidentite.fr/fichiers/ressources/droitdelhomme.pdf>.

« Daniel Defert ». *Wikipédia*, 21 janvier 2017.

[https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Daniel\\_Defert&oldid=133846568](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Daniel_Defert&oldid=133846568).

DORE, Emilie. « Je ou Nous? Éternel dilemme de l'écriture académique ». *Réussir sa thèse*, 14 janvier 2016.

<http://reussirsathese.com/je-ou-nous-eternel-dilemme-de-lecriture-academique>.

« Éco-épidémiologie ». *Wikipédia*, 25 août 2017.

<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%89co-%C3%A9pid%C3%A9miologie&oldid=140059321>.

« ÉPICÈNE : Définition de ÉPICÈNE ». Consulté le 13 septembre 2017.

<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/%C3%A9pic%C3%A8ne>.

MACE, Marielle. Extrait d'ouvrage. « Queer: repenser les identités ». Text. *Robert Harvey*. Consulté le 30 août 2017.

[https://www.fabula.org/actualites/queer-repenser-les-identites\\_6067.php](https://www.fabula.org/actualites/queer-repenser-les-identites_6067.php).

« Genre (sciences sociales) ». *Wikipédia*, 25 août 2016.

[https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Genre\\_\(sciences\\_sociales\)&oldid=128966989](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Genre_(sciences_sociales)&oldid=128966989).

- « Genres Pluriels - Définition des Intersexes ». *Genres Pluriels - Visibilité des personnes aux genres fluides, trans' et intersexes*. Consulté le 27 avril 2017. <https://www.genrespluriels.be/Definition-des-Intersexes?lang=fr>.
- « Hystérie ». *Wikipédia*, 30 mars 2017. <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Hyst%C3%A9rie&oldid=135939873>.
- « Ilan Meyer ». *Wikipedia*, 9 août 2017. [https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Ilan\\_Meyer&oldid=794683487](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Ilan_Meyer&oldid=794683487).
- « Item 20 : Prévention des risques foetaux - Irradiation.pdf ». Consulté le 24 août 2017. [http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item20\\_11/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item20_11/site/html/cours.pdf).
- « Langage non sexiste ». *Wikipédia*, 18 avril 2017. [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Langage\\_non\\_sexiste&oldid=136560689](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Langage_non_sexiste&oldid=136560689).
- « Le stress prénatal affecte la longévité ». *Salle de presse | Inserm*, 13 juin 2017. <http://presse.inserm.fr/le-stress-prenatal-affecte-la-longevite/28674/>.
- « Maladie émergente ». *Wikipédia*, 20 août 2017. [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Maladie\\_%C3%A9mergente&oldid=139909159](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Maladie_%C3%A9mergente&oldid=139909159).
- « Minority stress - Wikipedia ». Consulté le 3 septembre 2017. [https://en.wikipedia.org/wiki/Minority\\_stress#cite\\_note-Meyer.2C\\_2003-1](https://en.wikipedia.org/wiki/Minority_stress#cite_note-Meyer.2C_2003-1).
- PAMART, Michel. *L'abécédaire de Gilles Deleuze*, 1989 1988. <https://www.youtube.com/watch?v=5vUpCpyHWaI>.
- Paris 2018 - Gay Games 10. *La santé des personnes LGBT - Colloque au Ministère de la Santé - Jour 1*, 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=-FMRRHbIZJE>.
- . *La santé des personnes LGBT - Colloque au Ministère de la Santé - Jour 2*, 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=tQVEmt7xHpA>.
- « Peut-on souffrir des tragédies vécues par nos ancêtres ? » *France Culture*, 12 juillet 2017. <https://www.franceculture.fr/conferences/palais-de-la-decouverte-et-cite-des-sciences-et-de-lindustrie/peut-souffrir-des>.
- « SALOPE : Définition de SALOPE ». Consulté le 24 août 2017. <http://www.cnrtl.fr/definition/salope>.
- « Sexisme ». *Wikipédia*, 1 septembre 2016. <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sexisme&oldid=129210363>.

- « SOS Homophobie : Définitions ». Text. *SOS homophobie*, 8 février 2010.  
<https://www.sos-homophobie.org/definitions-homophobie-lesbophobie-gayphobie-biphobie-transphobie>.
- « Témoignages et savoirs intersexes ». *Témoignages et savoirs intersexes*. Consulté le 10 juillet 2017.  
<https://temoignagesetsavoirsintersexes.wordpress.com/>.
- « Transhumanisme ». *Wikipédia*, 4 janvier 2016.  
<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Transhumanisme&oldid=121897950>.
- « Traumatismes : sont-ils héréditaires ? | Sciences ». *ARTE*. Consulté le 14 septembre 2017.  
<https://www.arte.tv/fr/videos/071389-000-A/traumatismes-sont-ils-hereditaires>.
- « Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ». *Wikipédia*, 23 juin 2017.  
<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Trouble du d%C3%A9ficit de l%27attention avec ou sans hyperactivit%C3%A9&oldid=138408917>.
- « Tuberculose humaine ». *Wikipédia*, 23 août 2017.  
<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Tuberculose humaine&oldid=140008426>.
- « Violence structurelle ». *Wikipédia*, 25 octobre 2016.  
<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Violence structurelle&oldid=131002794>.